



Infection au virus Zika

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Manifestations: exanthème fièvre conjonctivite arthralgie myalgie

symptômes neurologiques^b: _____

autre: _____ aucune inconnu

Début des manifestations: date: ___/___/___ inconnu

Grossesse en cours? oui non

si oui: → envoyer les échantillons au CRIVE^c

→ gynécologue traitant ou centre spécialisé (médecine foeto-maternelle) (nom, adresse): _____

Laboratoire: nom/tél.: _____

prélèvement: date: ___/___/___ matériel: _____

séroconversion documentée: oui non

Maladie(s) antérieure(s) ou statut vaccinal

	maladie antérieure?	vacciné/e?
Fièvre jaune:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
Encéphalite à tiques:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
Encéphalite japonaise:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
Hépatite C:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	
Fièvre du Nil occidental:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	
Fièvre de dengue:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	

Exposition

durée d'incubation: 3 – 12 jours

La personne a-t-elle été exposée à l'étranger durant les 12 jours précédant le début des symptômes? oui non inconnu

si **oui**, pays visité(s), dans l'ordre décroissant de probabilité de l'infection:

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

quand: date du dernier départ à l'étranger: ___/___/___ date du retour en CH: ___/___/___ inconnu

si **non**, où la personne a-t-elle pu le plus probablement être infectée? lieu: _____ inconnu

La personne a-t-elle été exposée lors d'un rapport sexuel non protégé? oui non inconnu

Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre): _____

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: ___/___/___ signature: _____

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b p.ex. Syndrome de Guillain-Barré

^c CRIVE = Centre national de Référence des Infections Virales Emergentes (<http://virologie.hug-ge.ch>)