



# Déclaration de résultats d'analyses de laboratoire

## Feuille 1

**A déclarer dans les deux heures le résultat pos./nég. par téléphone**, envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP le formulaire spécifique complémentaire (protocole additionnel). **Prière d'envoyer les échantillons au laboratoire désigné par l'OFSP.**

- Résultat exceptionnel d'analyses de laboratoire (s'applique aussi aux résultats d'analyse qui ne doivent pas être déclarés ou pas déclarés dans un délai de 2 heures)
- *Bacillus anthracis* (ne pas déclarer: résultats négatifs des prélèvements dans l'environnement)
- *Clostridium botulinum* (ne pas déclarer: le botulisme par blessure ou le botulisme infantile)
- Virus Influenza A(HxNy) nouveau sous-type avec potentiel pandémique (ne pas déclarer: résultats d'un test antigène rapide)
- Coronavirus MERS / SRAS / COVID-19
- Virus de la variole *Variola / Vaccinia*
- Fièvres hémorragiques virales avec transmission interhumaine (Ebola, Marburg, Crimée-Congo, Lassa)
- *Yersinia pestis*

### A déclarer dans le délai de 24 heures

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter spp.</i><br>à spécifier si connu: espèce   | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite A  | <input type="checkbox"/> Virus de la rage <sup>b</sup><br>à la demande de l'autorité sanitaire, déclarer résultat négatif  |
| <input type="checkbox"/> Virus du chikungunya  | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite E<br>seulement génome (PCR)  | <input type="checkbox"/> Virus de la rubéole <sup>f, 9</sup><br>à spécifier si connu: avidité des IgG et persistance des IgG au-delà de l'âge de 6 mois                            |
| <input type="checkbox"/> Corynébactéries produisant la toxine<br><i>C. diphtheriae</i> , <i>C. ulcerans</i> , <i>C. pseudo tuberculosis</i> ;<br>à spécifier si connu: type;<br>gène de la toxine: <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif | <input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i> <sup>c</sup><br>à spécifier si connu: type   | <input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i><br>à spécifier si connu: espèce, type<br>(tous les isolats n'appartenant pas au sérotype enteritidis doivent être envoyés au NENT) |
| <input type="checkbox"/> Virus de la dengue<br><u>ne pas</u> déclarer: réactions immunologiques croisées évidentes   | <input type="checkbox"/> Virus de la rougeole <sup>9</sup><br>PCR (ARN): <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif  | <input type="checkbox"/> <i>Shigella spp.</i><br>à spécifier si connu: espèce  |
| <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> , entérohémorragique <sup>b</sup><br>EHEC, VTEC, STEC;<br>à spécifier si connu: sérotype et type de toxine  | <input type="checkbox"/> Complexe de <i>M. tuberculosis</i><br>veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique  | <input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> <sup>e</sup><br>sérotype, mise en évidence de la toxine  |
| <input type="checkbox"/> Virus de la fièvre jaune <sup>b</sup><br>à la demande de l'autorité sanitaire, déclarer résultat négatif  | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i> <sup>c, d, f</sup><br>microscopie: seulement diplocoques gram-nég.<br>dans le LCR;<br>antigène: dans le LCR seulement;<br>à spécifier si connu: sérotype | <input type="checkbox"/> Virus du Nil occidental <sup>b</sup><br>le cas échéant: distinction WN/Kunjin,<br>si WN informations sur le lignage (I ou II)                             |
| <input type="checkbox"/> Flambée de résultats d'analyses de laboratoire: _____<br>Ne pas déclarer nominalement. Sous "données supplémentaires", spécifiez le nombre de personnes, l'âge, la période, le lieu, etc.   | <input type="checkbox"/> Virus de la poliomyélite <sup>b</sup><br>à spécifier si connu:<br>augmentation du titre ≥4x ou séroconversion  | <input type="checkbox"/> Virus Zika <sup>e</sup>   |

### Diagnostic de laboratoire

Date du prélèvement: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
jour mois année

Date de détection /  
Date du test: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
jour mois année

Matériel analysé: \_\_\_\_\_

### Espèce, type, interprétation et données supplémentaires:

.....  
.....  
.....

### méthode(s) de détection avec résultat positif:

- culture/isolat
- génome (ADN/ARN)
- antigène
- microscopie
- toxine
- sérologie / anticorps
  - séroconversion
  - IgM
  - IgG  augmentation du titre ≥4x
- .....  
autre(s) méthode(s) de détection

### Patient/e

en cas de *Campylobacter spp.* et Virus du Nil occidental, indiquer les initiales

Initiale nom: \_\_\_\_\_ initiale prénom: \_\_\_\_\_

sinon indiquer **nom complet + rue**

nom: \_\_\_\_\_ prénom: \_\_\_\_\_  
rue, n°: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sexe:  f  m

NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Médecin mandant

Nom, adresse, tél., fax, institution, service hospitalier:

### Laboratoire déclarant

nom, adresse, tél., fax (ou timbre):

date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>c</sup> envoyer les isolats au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>d</sup> seulement à partir de matériel normalement stérile (tel que sang, liquide céphalo-rachidien, liquide articulaire; urine *exclue*)

<sup>e</sup> envoyer les échantillons provenant de femmes enceintes au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>f</sup> envoyer les échantillons avec résultat de PCR positif au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>9</sup> le cas échéant, rapporter d'autres résultats sous «méthode(s) de détection avec résultat positif»



# Déclaration de résultats d'analyses de laboratoire

## Feuille 2

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine à l'OFSP et au médecin cantonal.<sup>a</sup>  
OFSP, Service médical Systèmes de déclaration, 3003 Berne, Fax: 058 463 87 77

### A déclarer dans le délai d'une semaine

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Brucella spp.</i><br>à spécifier si connu: espèce   | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite B <sup>f</sup><br><input type="checkbox"/> IgM anti-HBc <input type="checkbox"/> Ag HBs <input type="checkbox"/> Ag HBe         | <input type="checkbox"/> Prions <sup>e</sup><br><input type="checkbox"/> histologie <input type="checkbox"/> mise en évidence de PrP <sup>Sc</sup><br><input type="checkbox"/> protéine 14-3-3 dans le LCR<br>en cas de suspicion de MCJ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i><br>ne déclarer que les résultats des échantillons provenant des voies génitales; spécification du type pas nécessaire | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite C <sup>f</sup><br><input type="checkbox"/> anti-VHC avec test de confirmation positif<br><input type="checkbox"/> antigène core | <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> <sup>c, d</sup><br>à spécifier si connu: type   |
| <input type="checkbox"/> <i>Coxiella burnetii</i><br>seulement infections aiguës;<br>en cas de S: seulement IgG et IgM spécifiques contre des antigènes de la phase II      | <input type="checkbox"/> VIH<br>veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique  | <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i><br>Ne cocher aucune méthode de détection.<br>Un test VDRL/RPR positif seul ou accompagné d'un test spécifique négatif (TPHA/TPPA, FTA-Abs) ne doit pas être déclaré.                  |
| <input type="checkbox"/> Entérobactéries productrices <sup>b</sup> de carbapénèmes (EPC)<br>à spécifier si connu: espèce, génotype et autres résistances                    | <input type="checkbox"/> Virus de l'influenza, saisonniers<br>à spécifier si connu: type / sous-type   | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella spiralis</i><br>à spécifier si connu: espèce   |
| <input type="checkbox"/> <i>Francisella tularensis</i>  | <input type="checkbox"/> <i>Legionella spp.</i> <sup>c</sup>   | <input type="checkbox"/> Virus de l'encéphalite à tiques   |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> <sup>d</sup><br>à spécifier si connu: type   | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i>  |  |
| <input type="checkbox"/> Hantavirus<br>à spécifier si connu: type   | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium spp.</i><br>à spécifier si connu: espèce  |  |

### Diagnostic de laboratoire

Date du prélèvement:        
jour mois année

Date de détection /  
Date du test:        
jour mois année

Matériel analysé: \_\_\_\_\_

### Espèce, type, interprétation et données supplémentaires:

.....  
.....  
.....

### méthode(s) de détection avec résultat positif:

- culture/isolat
- génome (ADN/ARN)
- antigène
- microscopie
- toxine
- sérologie / anticorps
- séroconversion
- IgM
- IgG  augmentation du titre  $\geq 4x$
- .....  
autre(s) méthode(s) de détection

### Patient/e

en cas de VHB, VHC, *Legionella spp.* et Prions, indiquer **nom complet + rue**

sinon indiquer les **initiales**

Nom: \_\_\_\_\_ prénom: \_\_\_\_\_  
Rue, n°: \_\_\_\_\_

initiale nom: \_\_\_\_\_ initiale prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sexe:  f  m

NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Médecin mandant

Nom, adresse, tél., fax, institution, service hospitalier:

### Laboratoire déclarant

nom, adresse, tél., fax (ou timbre):

date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>c</sup> envoyer les isolats au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>d</sup> seulement à partir de matériel normalement stérile (tel que sang, liquide céphalo-rachidien, liquide articulaire; urine *exclue*)

<sup>e</sup> en cas de suspicion de vCJK: prière d'envoyer l'échantillon au laboratoire désigné par l'OFSP

<sup>f</sup> le cas échéant, rapporter un résultat positif de PCR sous «génomique (ADN/ARN)»