



# Anthrax / Charbon

Déclaration de résultats d'analyses cliniques  
En complément à la déclaration téléphonique qui doit  
être faite dans les 2 heures.

S.v.p. à remplir et renvoyer par  
retour du courrier à : OFSP et au  
médecin cantonal.<sup>a</sup>  
Fax OFSP: +41 58 463 87 77

## Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sexe:  f  m

Rue: \_\_\_\_\_ NPA/localité: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

Nationalité  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

Activité professionnelle, employeur (adresse complète): \_\_\_\_\_

## Diagnostic et manifestation

Diagnostic clinique:  suspicion  certain  fortuit  date du diagnostic: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Diagnostic du laboratoire:  positif  négatif

Matériel d'examen: \_\_\_\_\_

Laboratoire (nom, localité): \_\_\_\_\_

Localisation:

anthrax cutané symptômes: \_\_\_\_\_

anthrax pulmonaire symptômes: \_\_\_\_\_

anthrax gastro-intestinal symptômes: \_\_\_\_\_

autre symptômes: \_\_\_\_\_

## Evolution

Traitement, début: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ moyens utilisés: \_\_\_\_\_

Hospitalisation:  non  oui, date d'admission: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  décès, date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Exposition

Séjour à l'étranger au cours des 8 dernières semaines précédant la maladie:  oui  non  pas connu

Où: \_\_\_\_\_ du: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Source d'infection: \_\_\_\_\_  connue  supposée  inconnue

(p.ex. produits d'origine animale (en particulier chèvres, moutons, vaches, chevaux, porcs), autres produits, marchandise importée, poussière, outils, machines, infection de laboratoire, suspicion de contamination de nature criminelle)

Lesquels, où (adresse): \_\_\_\_\_

Autres personnes infectées ou cas de suspicion:  oui  non  pas connus

Qui? (adresse): \_\_\_\_\_

Mesures prises (individuelles/familiales/professionnelles/vétérinaires/autres): \_\_\_\_\_

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

Remarques

Date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

Médecin cantonal:

OFSP:  3+  2+  1+  ?  Ø

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_

Date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ visé par: \_\_\_\_\_

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