



Brucellose

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Initiale nom: _____ initiale prénom: _____ date de naissance: __/__/____

sexe: f m

NPA/domicile: _____ canton: _____

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

Diagnostic et manifestation (indiquez s.v.p. TOUS les symptômes observés)

Manifestations: fièvre sueurs (surtout nocturnes)

frissons arthralgie

céphalées fatigue générale/faiblesse

dépression perte d'appétit ou de poids

autre: _____ aucune inconnu

Début des manifestations: date: __/__/____ inconnu

Laboratoire: nom/tél: _____

motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre: _____

prélèvement: date: __/__/____ matériel: _____

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: __/__/____ non inconnu

Etat: décès, date du décès: __/__/____

Exposition dans les 60 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation env. 5 - 60 jours)

Où: CH étranger, pays: _____ inconnu

Quand: date d'exposition: __/__/____ ou date du retour en CH: __/__/____ inconnu

Comment: repas ou boissons (détails): _____

contact avec un animal infecté: _____

autre: _____ inconnu

Remarques

Médecin nom, adresse, tél/fax (ou timbre)

date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: __/__/____ signature: _____