



Choléra

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

Diagnostic: Choléra avec déshydratation autre: _____

Début de la manifestation: date: __/__/____

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre: _____

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

Evolution

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

Etat: décès, date: __/__/____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination anamnèse

Vacciné contre le choléra: oui, avec _____ doses au total non inconnu

dernière dose année/mois: _____ avec produit (nom commercial): _____

Exposition

dans les 7 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation 1/2 - 5 jours)

Où: pays: _____ lieu: _____ inconnu

Quand: date d'exposition: __/__/____ OU date d'entrée en CH __/__/____ inconnu

Comment: repas/boisson (détails): _____

autre: _____ inconnu

Personnes exposées: oui, lesquelles: _____ nombre: _____ non inconnu

Activité professionnelle: _____

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>