



Chikungunya

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: fièvre ou fièvre selon données anamnestiques arthralgies myalgies exanthème signes hémorragiques
 maux de tête autre: _____ aucune

Début des manifestations: date: __/__/____

Laboratoire nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition autres: _____

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

séroconversion documentée: oui non

Evolution

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

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

Exposition

durée d'incubation: 3 – 12 jours

Où: la personne a-t-elle séjourné 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.: _____

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

lieu: _____ inconnu

Quand: date du dernier départ à l'étranger: __/__/____ date d'entrée en CH: __/__/____ inconnu

Remarques

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

Date: __/__/____ signature: _____

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

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