



Diphtérie

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 (veuillez svp cocher tous les symptômes observés)

Manifestations: infection des voies respiratoires supérieures avec laryngite rhinopharyngite amygdalite

membrane/pseudomembrane adhérente

lésion cutanée, où? _____

lésion de la conjonctive ou des muqueuses

autre: _____ aucun inconnu

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

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre: _____

prélèvement: date: __/__/____ matériel: frottis pharyngé frottis cutané autre: _____

Evolution

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

Etat: décès, date: __/__/____

Traitement: antitoxine: oui, date du début __/__/____ dose _____ non inconnu

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination anamnèse

Vacciné contre la diphtérie: oui, avec _____ doses non inconnu

1^{re} dose année: _____ avec produit (nom commercial): _____

2^e dose année: _____ avec produit (nom commercial): _____

3^e dose année: _____ avec produit (nom commercial): _____

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

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

Où: CH étranger, pays: _____ lieu: _____ inconnu

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

Comment: contacts avec patients: collectif ou milieu: _____ inconnu

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

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>