



Maladie à virus Ebola

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.^a
Fax OFSP: +41 58 463 87 77

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 aiguë ≥ 38,5 °C: ____ °C signes hémorragiques

autres symptômes: _____ aucune

Début des manifestations: date: __/__/____

Laboratoire: motif: suspicion clinique exposition autre: _____

Centre national de référence CRIVE à Genève (<http://virologie.hug-ge.ch>)

autre laboratoire, nom/tél.: _____

laboratoire informé au préalable

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

Vaccination expérimentale contre Ebola: oui, date: __/__/____ lesquelles: _____ non inconnu

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: __/__/____ Hôpital (nom, division, n° tél.): _____ non

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

Exposition

dans les 21 jours avant le début des manifestations

Où: séjour dans une région endémique? oui non

si oui: à l'étranger pays: _____ lieux: _____ inconnu

quand: date du dernier départ à l'étranger: __/__/____ date du retour en CH: __/__/____ inconnu

si non: CH lieu/région: _____ inconnu

Comment: dans la famille en tant que membre du personnel médical ou soignant autres contacts: _____ inconnu

Quand: du: __/__/____ au: __/__/____ inconnu

Voyages après le début des manifestations: oui non inconnu

si oui: voyages par avion? oui non le: __/__/____ ; __/__/____ inconnu

Mesures

Patient/e isolé/e: oui non début: __/__/____

Contacts identifiés: oui non si oui, nombre: _____ recherche n'a pas encore débuté

si oui: informés: oui non

en quarantaine: oui non

Autres mesures: _____

Médecin

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

Remarques

Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal

autres mesures: non oui: _____

Date: __/__/____ signature: _____