



# Escherichia coli entérohémorragiques

(EHEC, VTEC, STEC)

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

## 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 (cochez s.v.p. TOUS les symptômes observés)

- Manifestations:  diarrhée  diarrhée sanglante  douleurs abdominales
- insuffisance rénale aiguë **et** une des deux manifestations suivantes:
- anémie hémolytique microangiopathique
- thrombocytopénie
- autre: \_\_\_\_\_  aucune  inconnu

Début des manifestations: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

motif:  suspicion clinique  exposition  découverte fortuite  autre: \_\_\_\_\_

prélèvement: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ matériel:  selles / frottis anal  autre: \_\_\_\_\_

## Evolution

Hospitalisation:  oui, date d'entrée: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non  inconnu

Etat:  décès, date du décès: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Exposition dans les 10 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation 2-10 jours)

Où:  CH  étranger, pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ou date du retour en CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Comment:  par repas ou boissons: \_\_\_\_\_

par contact avec patient ou porteur: \_\_\_\_\_

par contact avec bétail, leurs excréments ou du fumier: \_\_\_\_\_  inconnu

Personnes exposées:  oui, lesquelles: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_  aucune  inconnu

Activité professionnelle \_\_\_\_\_

## Remarques

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

Date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

## Médecin cantonal

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_ date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_