



S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Encéphalite à tiques

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Initiale nom: _____ initiale prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

NPA/domicile: _____ canton: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic: méningite méningoencéphalite encéphalomyélite radiculite autre: _____

Manifestations: à l'endroit de la piqûre de tique grippale autre: _____ aucun inconnu

Début des manifestations: date: ___/___/___ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre: _____

prélèvement: date: ___/___/___ matériel: _____

Antécédents de: dengue/hépatite C/ vaccination contre fièvre jaune: oui, date: ___/___/___ lesquelles: _____ non inconnu

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ___/___/___ non inconnu

Etat: guéri décès, date du décès: ___/___/___ séquelles: _____ autre: _____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination/dossier médical anamnèse

Vacciné contre encéphalite à tiques: oui, au total ___ doses non inconnu

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

Exposition (durée d'incubation 2-28 jours)

piqûre de tiques dans les 4 semaines avant le début de la maladie

CH, détails du lieu: _____ séjour seulement à domicile

étranger, pays: _____ inconnu

date d'exposition: ___/___/___ inconnu

pendant activité professionnelle

au service militaire

transfusion sanguine dans les 4 semaines avant le début de la maladie, date de la transfusion: ___/___/___

institution (nom, adresse): _____

autre

inconnu

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

Remarques

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: ___/___/___ signature: _____

^a Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>