



Haemophilus influenzae, maladie invasive

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

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

Manifestations: épiglottite méningite pneumonie cellulite (altération phlegmoneuse de la peau) arthrite
 septicémie autre: _____

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

Laboratoire: nom, tél.: _____

date de prélèvement: __/__/____ matériel: sang LCR autre: _____

Evolution

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

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

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination médecin de famille anamnèse

Vacciné contre Hib: oui, avec _____ doses au total non inconnu

dose: produit (nom commercial): _____ date: _____

1 _____ __/__/____

2 _____ __/__/____

3 _____ __/__/____

4 _____ __/__/____

Facteurs de risque

- asplénie (anatomique / fonctionnelle)
 immunodéficience congénitale^b, laquelle: _____
 immunodéficience acquise^c, laquelle: _____
 autres, lesquels: _____
 aucun
 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>

^b p.ex.: agammaglobulinémie, déficit en complément C1-C3

^c p.ex.: myélome multiple, leucémie, transplantation