



Hépatite A

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, n°: _____ NPA/domicile: _____ canton: ____ tél.: _____

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

Diagnostic et manifestation

Date du diagnostic: __/__/____

Manifestations: ictère transaminases $\geq 2.5x \uparrow$ fièvre autre: _____ aucune inconnu

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

Laboratoire: nom, tél: _____

Motif: suspicion clinique exposition autre: _____ inconnu

Evolution

Hospitalisation: oui non inconnu si oui, motif: hépatite A autre

Complications: oui, lesquelles: _____ aucune

Etat: décès, date: __/__/____ cause: hépatite A autre inconnu

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Vacciné contre l'hépatite A: oui, nombre de doses: _____ non inconnu

vaccin (nom commercial), 1^{re} dose: _____ date: __/__/____

vaccin (nom commercial), dernière dose: _____ date: __/__/____

Exposition

au cours des 2 derniers mois avant le début des manifestations (temps d'incubation 15-50 jours)

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

Quand: date d'exposition: __/__/____ OU date d'entrée en CH: __/__/____ inconnu

Comment: aliments ou boissons: _____

contact avec personne infectée: dans la famille école/place de travail: _____

autre: _____

contact sexuel avec personne infectée: femme homme

drogues injectables

autre: _____ inconnu

Personnes exposées: oui non inconnu si oui: travail dans la branche alimentaire membres d'un ménage

crèche autre: _____

Activité professionnelle: _____

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

Date: __/__/____ signature: _____

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: __/__/____ signature: _____