



Hépatite E

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: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél: _____

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

Diagnostic et manifestation (indiquez s.v.p. TOUS les symptômes observés)

Manifestations: fièvre douleurs épigastriques
 arthralgie perte d'appétit
 nausée ictère
 neurologiques: _____
 autres: _____ aucune inconnu

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

Facteurs de risque: maladie du foie préexistante: _____
 grossesse
 autre (par ex. diabète, cancer, immunosuppression, transplantation): _____
 aucune inconnu

Laboratoire: nom/tél: _____

Evolution

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

Exposition (durée d'incubation env. 3 - 8 semaines)

pas de séjour hors de Suisse durant les 60 jours précédant le début des manifestations

séjour hors de Suisse durant les 60 jours précédant le début des manifestations

pays: _____ date du: ___/___/___ au: ___/___/___

pays: _____ date du: ___/___/___ au: ___/___/___

pays: _____ date du: ___/___/___ au: ___/___/___

exposition possible par transfusion/produits sanguins, année: _____

activité professionnelle: _____

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>