



Listériose

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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: chez une **personne adulte** (sauf femmes enceintes) ainsi que **l'enfant de plus d'un mois**:

fièvre méningite ou méningoencéphalite sepsie

infection localisée (p.ex. arthrite, endocardite): _____

autre: _____ aucun inconnu

pendant la **grossesse**:

avortement, fausse couche, mort-né accouchement prématuré, semaine de grossesse: ____

autre: _____ aucun inconnu

chez les **nouveau-nés** (moins d'un mois):

granulomatose septique infantile méningite ou méningoencéphalite

septicémie dyspnée lésions de la peau, des muqueuses, ou de la conjonctive

autre: _____ aucun inconnu

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

Laboratoire: nom/tél.: _____

prélèvement: date: __/__/____ matériel: _____

Evolution

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

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

Exposition dans les 70 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation 3 -70 jours)

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

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

Comment: repas/boisson (précisions): _____

transmission mère-enfant: _____

autre: _____ 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>