



# Paludisme

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

### Patient/e

Initiale nom: \_\_\_\_\_ initiale prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ sexe:  f  m

NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays d'origine<sup>b</sup>:  CH  autre: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Manifestations:  fièvre ou fièvre selon données anamnestiques

Début des manifestations: date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

date du prélèvement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

méthode:  microscopie  test rapide  autre: \_\_\_\_\_

motif:  suspicion clinique  exposition  découverte fortuite

résultat:  *P. falciparum*  *P. vivax*  *P. ovale*  *P. malariae*  *Plasmodium* sans différenciation d'espèce  parasitémie: \_\_\_\_%

### Evolution

Hospitalisation:  oui, date d'entrée: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  non  inconnu

Traitement ambulatoire:  oui  non

Etat:  décès, date du décès: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

### Exposition ≤12 mois avant le diagnostic

Avant le diagnostic, la personne a-t-elle séjourné dans une zone endémique connue?  oui  non  inconnu

si oui, pays visité(s), dans l'ordre décroissant de probabilité de l'infection:

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

durée du séjour dans la zone de paludisme (total pays 1 + 2 + 3): \_\_\_\_\_ jours date du départ de la zone de paludisme: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

la personne a-t-elle consulté avant le départ un médecin ou un service de conseils aux voyageurs?  oui  non  inconnu

si non, donnez des détails sur l'origine possible de l'infection:

voyage antérieur à 12 mois dans une zone de paludisme, précisez où: \_\_\_\_\_

paludisme congénital  paludisme induit (ex. transfusion)  paludisme introduit (ex. paludisme aéroportuaire)

Groupe à risque de paludisme le plus probable (une réponse possible):

touriste  immigrant (toutes catégories, y compris adoption)

visite de famille ou d'amis  autres: \_\_\_\_\_

professionnel (ex. voyage affaire)  inconnu

### Remarques

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

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine