



Rougeole

Déclaration complémentaire

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

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: __/__/____ sexe: f m

Evolution

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

cause: _____ séjour aux soins intensifs: oui, nombre de jours: _____

Complications: pneumonie encéphalite otite moyenne autre: _____ aucune

Etat: guéri / convalescent décès, date: __/__/____

séquelles, lesquelles: _____

Facteurs de risque

- aucun connu
 immunodéficience / immunodépression
 grossesse en cours

Remarques

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

Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal

Date: __/__/____ signature: _____

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