



# Rougeole

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

### 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 (veuillez s.v.p. cocher TOUS les symptômes observés)

Manifestation:  exanthème maculopapuleux; début de l'exanthème (ou des symptômes si pas d'exanthème): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  inconnu

fièvre  toux  conjonctivite  rhinite  autre: \_\_\_\_\_  aucun symptôme

Date de la consultation: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

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

résultats, si connus: IgM spécifiques:  pos.  nég. test génomique (PCR):  pos.  nég.  inconnu

### Evolution<sup>b</sup>

Hospitalisation:  oui, nom et adresse de l'hôpital: \_\_\_\_\_  non

Complications:  pneumonie  encéphalite  otite moyenne  autre: \_\_\_\_\_  aucune

### Statut vaccinal avant le début de la maladie

Etabli d'après:  carnet de vaccination / dossier médical  anamnèse

Vacciné contre la rougeole:  oui, avec \_\_\_ doses au total  non  inconnu

1<sup>re</sup> dose, vaccin (nom commercial): \_\_\_\_\_ date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2<sup>e</sup> dose, vaccin (nom commercial): \_\_\_\_\_ date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Exposition dans les 7 - 21 jours avant le début de l'exanthème

Où:  CH  étranger, pays: \_\_\_\_\_

lieu (CH et étranger): \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dates de séjour à l'étranger (ou en CH pour les étrangers), début: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fin: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  inconnu

Comment:  crèche  école  famille  autre: \_\_\_\_\_  inconnu

Cas en lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un examen de laboratoire:  oui  non  inconnu

Autres cas de rougeole dans le milieu:  oui, détails: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_  non  inconnu

Personnes exposées durant la période de contagiosité (de 4 j. avant à 4 j. après le début de l'exanthème):  réseau familial/social  travail, crèche, école, équipe sportive  hôpital, foyer, cabinet  passagers identifiables (avion, croisière, voyage organisé)  autres: \_\_\_\_\_

### Remarques

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

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

**Médecin cantonal** première notification de ce cas reçue le: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (par fax, courrier, téléphone, mail, etc.)

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

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

<sup>b</sup> à la sortie d'hôpital après hospitalisation ou en cas de décès, une déclaration complémentaire doit être transmise dans un délai d'une semaine