



# Méningocoques, maladie invasive

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans  
les 24h au médecin cantonal  
(pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

### 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

Manifestations:  méningite  septicémie  arthrite  coagulopathie/purpura

Syndrome de Waterhouse-Friderichsen  autre: \_\_\_\_\_

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

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

date du prélèvement: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ matériel:  sang  LCR  autre: \_\_\_\_\_

### Evolution

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

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

### Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après:  carnet de vaccination  médecin de famille  anamnèse

Vacciné contre les méningocoques:  oui, avec \_\_\_\_ doses au total  non  inconnu

dernière dose (année): \_\_\_\_\_ avec produit (nom commercial): \_\_\_\_\_

### Exposition

dans les 14 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation 2-10 jours)

Où:  CH  étranger, pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ou date d'entrée en CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Comment:  camp  militaire  crèche  école  contexte HSH<sup>b</sup>  
 contact avec un cas confirmé au laboratoire  autre (p.ex. laboratoire): \_\_\_\_\_  inconnu

Personnes exposées:  oui, lesquelles: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_  non  inconnu

Mesures prises: Lesquelles? chez qui? \_\_\_\_\_

### Facteurs de risque

immunodéficience congénitale<sup>c</sup>, laquelle: \_\_\_\_\_

immunodéficience acquise, laquelle: \_\_\_\_\_

autres (p.ex. déficit homozygote en protéine S / en protéine C), lesquels: \_\_\_\_\_

asplénie (anatomique / fonctionnelle)

aucun

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> HSH: Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

<sup>c</sup> p. ex.: déficit en facteurs terminaux du complément, déficits en facteurs de la voie alterne du complément, défaut de réponse immunitaire aux polysaccharides, déficit en lectine liant le mannose