



# Poliomyélite

## 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

Manifestation:  paralysie flasque aiguë des extrémités  paralysie bulbaire  
 déficits sensoriels  déficits cognitifs  autre: \_\_\_\_\_  
Facteurs de risque:  aucun  inconnu  immunosuppression  autres: \_\_\_\_\_  
Début des manifestations: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_  
motif:  suspicion clinique  exposition  découverte fortuite  autre: \_\_\_\_\_  
prélèvement: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ matériel: selles:  oui, nombre \_\_\_\_  aucun  inconnu  
 autre: \_\_\_\_\_  
résultat:  négatif  inconnu  
 virus en culture  test génome pos.  séroconversion (ajouter copie du résultat)  
type de virus:  inconnu  1  2  3  virus sauvage  virus vacciné: \_\_\_\_\_

### Evolution

Hospitalisation:  oui, date d'entrée: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ date de sortie: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non  inconnu  
Etat:  décès, date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après:  carnet de vaccination/dossier médical  anamnèse  
vacciné contre la poliomyélite:  oui, avec \_\_\_\_ doses au total  non  inconnu  
1<sup>re</sup> dose année/mois \_\_\_\_/\_\_\_\_ par voie  orale  parentérale  
Date dernière dose: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ avec produit (nom commercial): \_\_\_\_\_ n° lot: \_\_\_\_\_

### Exposition

dans les 4 semaines avant le début de la manifestation (durée d'incubation 4-21 jours)

Où:  CH  étranger, pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_  inconnu  
Quand: date d'exposition: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ou date d'entrée en CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu  
Comment:  contact avec personnes vaccinées par voie orale  travail avec des virus de la polio  contact avec patient  inconnu  
détails: \_\_\_\_\_  
Personnes exposées:  oui, lesquelles: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_  aucune  inconnu

### Remarques

### Médecin

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

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

### Médecin cantonal

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