



# Rubéole

## 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, n°: \_\_\_\_\_ NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Rubéole congénitale:  cette déclaration concerne une femme enceinte ou qui vient d'accoucher. Si oui, veuillez encore s.v.p. remplir le formulaire complémentaire pour le résultat clinique de la rubéole, **à la fin de la grossesse**.  
date prévue du terme: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

cette déclaration concerne un nouveau-né avec une infection rubéoleuse ou un nourrisson avec une (suspicion de) rubéole congénitale. Si oui, veuillez encore s.v.p. remplir **le formulaire complémentaire pour le résultat clinique de la rubéole**.

Manifestations:  exanthème maculopapulaire généralisé aigu, début de l'exanthème<sup>b</sup>: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  début inconnu

adénopathies (cervicale, sub-occipitale ou post-auriculaire)  arthralgies/arthritis

autre: \_\_\_\_\_  aucune

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

motif:  suspicion clinique  exposition  évaluation du statut immunitaire

### Evolution

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

Complications:  oui, lesquelles: \_\_\_\_\_  aucune

### Statut vaccinal avant le début de la maladie

D'après:  carnet de vaccination / dossier médical  anamnèse

Vacciné contre la rubéole:  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 14-21 jours avant le début de l'exanthème

Où:  CH  étranger, pays: \_\_\_\_\_ lieu (aussi pour CH): \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  inconnu

dates de séjour à l'étranger (ou en Suisse pour les étrangers), début: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fin: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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 rubéole dans le milieu:  oui, détails: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_  non  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> ou des symptômes si pas d'exanthème