



Syphilis

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

Patient/e

Initiale nom: _____ initiale prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ genre: f m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VDS^b

NPA/localité: _____ canton: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Evaluation du cas:
cocher **une** seule variante

- début d'un traitement contre la syphilis** (nouvel épisode de maladie pas encore déclaré, ne pas déclarer de traitement prophylactique de partenaires)^c
→ veuillez remplir ce questionnaire **ENTIÈREMENT**
- contrôle de l'évolution** (épisode de la maladie est déjà déclaré)
→ veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal **SANS** remplir la suite
- cicatrice sérologique** (infection précédente, pas de syphilis active)
→ veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal **SANS** remplir la suite

- Stade: syphilis primaire site de la lésion primaire: génital périanal cavité orale
 autre: _____ inconnu
- syphilis secondaire
- latente précoce (≤ 1 an après l'infection initiale)
- latente tardive (> 1 an après l'infection initiale)
- syphilis tertiaire symptôme principal: _____
- inconnu

date du début des symptômes: ___/___/___ avec des symptômes neurologiques accessoires

Motif de consultation: symptômes exposition bilan de santé individuel^d dépistage^e
 autre: _____

Grossesse en cours? oui non avortement en raison d'une infection syphilitique

Exposition (merci d'indiquer la réponse la plus probable du point de vue du médecin)

Où: CH, lieu: _____ étranger, pays: _____ inconnu

Comment (mode de transmission): contact sexuel avec: f m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VDS^b
 autre voie d'infection (p. ex. congénitale): _____ non explorable

si transmission par contact sexuel, type de relation:

partenaire anonyme partenaire connu sexe tarifé non explorable

Antécédents de syphilis: oui non inconnu

Mesures (recommandées pour les IST^f)

Un test VIH a-t-il été effectué par le passé?^g oui non inconnu

Les partenaires sexuels ont-ils été informés du diagnostic de syphilis? oui non inconnu

Le traitement des partenaires sexuels contre la syphilis sera-t-il / a-t-il été organisé? oui non inconnu

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

Remarques

Date: ___/___/___ signature: _____

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: _____

Médecin cantonal

Date: ___/___/___ signature: _____

^a formulaires: versions actualisées disponibles à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b MtF = sexe de naissance masculin (M), identité de genre féminin (F) ou non binaire. (FtM) = sexe de naissance féminin (F), identité de genre masculin (M) ou non binaire. VDS = Variation du développement sexuel (intersexe).

^c Pas de déclaration de traitements qui ne sont pas indiqués rétrospectivement.

^d test individuel, p.ex. HSH, personnes > 45 ans lors d'un bilan de santé, etc.

^e prévention, resp. dépistage systématique chez des groupes cibles spécifiques, p. ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang, participants à une étude

^f IST: infection sexuellement transmissible.

^g les personnes présentant une infection sexuellement transmissible devraient être testées pour le VIH.