



Variole du singe (Monkeypox)

Déclaration des résultats cliniques dans les 24h au médecin cantonal.^a

Patient/e

Nom: _____ prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ genre: f m autre

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____

tél.: _____ e-mail: _____ nationalité: _____

pays de résidence, si pas CH: _____ activité professionnelle: _____

Diagnostic et manifestations

Laboratoire: nom/tél.: _____ date de prélèvement: ____/____/____

Symptômes: début des manifestations: ____/____/____

lésions cutanées telles que vésicules/pustules/croûtes: génital / anal visage extrémités autres localisations

lymphadénopathie myalgie maux de tête maux de dos asthénie soudaine poussée de fièvre (>38,5°C)

aucun autre: _____

Exposition Dans les 21 jours **avant le début des manifestations**.

Où: pays d'exposition: _____ lieu d'exposition: _____ inconnu

Quand: date d'exposition: ____/____/____ inconnu

Comment: voie de transmission probable: contact sexuel avec: f m autre contact dans le ménage
 contact en tant que personnel médical / de soins contact avec des animaux sauvages (potentiellement) infectés
 autres: _____

contact avec un cas de variole du singe confirmé en laboratoire: oui non inconnu

Après le début des manifestations:

Contact étroit avec des personnes: oui non inconnu remarque: _____

Voyages internationaux: oui non inconnu remarque: _____

Statut vaccinal

Vaccination contre la variole: oui non inconnu selon: carnet de vaccination anamnèse
(anciens programmes de vaccination contre la variole)

Vaccination contre la variole du singe: oui non inconnu selon: carnet de vaccination anamnèse

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ____/____/____ non inconnu

Thérapie: Tecovirimat autres médicaments antiviraux: _____

Décès: oui, date de décès: ____/____/____ cause de décès: variole du singe autre inconnue

Mesures d'urgence

Mesures chez le cas confirmé en laboratoire: oui non

Mesures concernant les personnes de contact: oui non/pas nécessaire

Mesures chez des professionnels de la santé: oui non/pas nécessaire

Remarques

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

Date: ____/____/____ signature: _____

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

Mesures: non oui: _____ date: ____/____/____ signature: _____