



Mpox

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

Patient/e

Nom: _____ prénom: _____

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

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: _____

^a Formulaire actuels disponibles sur <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).