



Anthrax / Charbon

Déclaration de résultats d'analyses cliniques
En complément à la déclaration téléphonique qui doit
être faite dans les 2 heures.

S.v.p. à remplir et renvoyer par
retour du courrier à : OFSP et au
médecin cantonal.^a
Fax OFSP: +41 58 463 87 77

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

Rue: _____ NPA/localité: _____ canton: _____ tél.: _____

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

Activité professionnelle, employeur (adresse complète): _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic clinique: suspicion certain fortuit date du diagnostic: ___/___/___

Diagnostic du laboratoire: positif négatif

Matériel d'examen: _____

Laboratoire (nom, localité): _____

Localisation:

anthrax cutané symptômes: _____

anthrax pulmonaire symptômes: _____

anthrax gastro-intestinal symptômes: _____

autre symptômes: _____

Evolution

Traitement, début: ___/___/___ moyens utilisés: _____

Hospitalisation: non oui, date d'admission: ___/___/___ décès, date: ___/___/___

Exposition

Séjour à l'étranger au cours des 8 dernières semaines précédant la maladie: oui non pas connu

Où: _____ du: ___/___/___ au: ___/___/___

Source d'infection: _____ connue supposée inconnue

(p.ex. produits d'origine animale (en particulier chèvres, moutons, vaches, chevaux, porcs), autres produits, marchandise importée, poussière, outils, machines, infection de laboratoire, suspicion de contamination de nature criminelle)

Lesquels, où (adresse): _____

Autres personnes infectées ou cas de suspicion: oui non pas connus

Qui? (adresse): _____

Mesures prises (individuelles/familiales/professionnelles/vétérinaires/autres): _____

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

Remarques

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal:

OFSP: 3+ 2+ 1+ ? Ø

Mesures: non oui: _____

Date: ___/___/___ signature: _____

date: ___/___/___ visé par: _____

^a Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>