



# Entérobactéries formant des carbapénémases

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

### Patient/e

Initiale nom: \_\_\_\_\_ initiale prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sexe:  f  m

NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Manifestations:  colonisation  
 infection, si oui: début des manifestations, date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  inconnu  
 septicémie  pneumonie  infection des voies urinaires  infection de la cavité abdominale  
 infection de la plaie: \_\_\_\_\_  autre: \_\_\_\_\_

Laboratoire: nom, n° tél.: \_\_\_\_\_

motif:  infection  dépistage<sup>b</sup>  autre: \_\_\_\_\_

date du prélèvement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

matériel:  sang  ponction stérile, site: \_\_\_\_\_  urine  
 selles/frottis anal  sécrétions tracheales / frottis  plaie  
 autre: \_\_\_\_\_

### Evolution

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

hôpital, nom/n° tél.: \_\_\_\_\_

département:  soins intensifs  autre: \_\_\_\_\_

Etat:  décès, date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Exposition

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

Comment:  intervention médicale: \_\_\_\_\_

séjour à l'étranger pendant les 12 derniers mois:  
pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_ date du: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  hospitalisé/e  
pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_ date du: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  hospitalisé/e  
pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_ date du: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  hospitalisé/e

contact avec une personne infectée (avec ou sans symptômes): \_\_\_\_\_

autre: \_\_\_\_\_  inconnu

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

Personnes exposées:  oui, détails: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_  non  inconnu

Activité professionnelle: \_\_\_\_\_

### 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> prévention, resp. dépistage systématique chez des groupes cibles spécifiques, par ex. préopérateur, transfert d'un autre hôpital, séjour à l'étranger dans une région à forte endémicité