Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2025V2 laisser en blanc

Entérobacteries 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).[a]

officiel

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ____/____/_____ sexe: ☐ f ☐ m

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

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

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[b] ☐ 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 du 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. ou timbre:

Date: ____/____/_____ signature: _____

Médecin cantonal

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

[a] formulaires: versions actualisées disponibles sous https://www.bag.admin.ch/infreporting
[b] prévention, resp. dépistage systématique chez des groupes cibles spécifiques, par ex. préopératoire, transfert d'un autre hôpital, séjour à l'étranger dans une région à forte endémicité