



# Choléra

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

### 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

Diagnostic:  Choléra avec déshydratation  autre: \_\_\_\_\_

Début de la manifestation: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

motif:  suspicion clinique  exposition  découverte fortuite  autre: \_\_\_\_\_

prélèvement: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ matériel: \_\_\_\_\_

### Evolution

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

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

### Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après:  carnet de vaccination  anamnèse

Vacciné contre le choléra:  oui, avec \_\_\_\_\_ doses au total  non  inconnu

dernière dose année/mois: \_\_\_\_\_ avec produit (nom commercial): \_\_\_\_\_

### Exposition

dans les 7 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation 1/2 - 5 jours)

Où:  pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ OU date d'entrée en CH \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Comment:  repas/boisson (détails): \_\_\_\_\_

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

Personnes exposées:  oui, lesquelles: \_\_\_\_\_ 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>