



Escherichia coli entérohémorragiques

(EHEC, VTEC, STEC)

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

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 (cochez s.v.p. TOUS les symptômes observés)

- Manifestations: diarrhée diarrhée sanglante douleurs abdominales
- insuffisance rénale aiguë **et** une des deux manifestations suivantes:
- anémie hémolytique microangiopathique
- thrombocytopénie
- autre: _____ aucune inconnu

Début des manifestations: date: __/__/____ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre: _____

prélèvement: date: __/__/____ matériel: selles / frottis anal autre: _____

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: __/__/____ non inconnu

Etat: décès, date du décès: __/__/____

Exposition dans les 10 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation 2 -10 jours)

Où: CH étranger, pays: _____ lieu: _____ inconnu

Quand: date d'exposition: __/__/____ ou date du retour en CH: __/__/____ inconnu

Comment: par repas ou boissons: _____

par contact avec patient ou porteur: _____

par contact avec bétail, leurs excréments ou du fumier: _____ inconnu

Personnes exposées: oui, lesquelles: _____ nombre: ____ aucune inconnu

Activité professionnelle _____

Remarques

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

Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal

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