



Fièvre jaune

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

Manifestations: signes hémorragiques: _____

fièvre à _____ °C hépatite albuminurie insuffisance rénale
 autre: _____ aucune inconnu

Début des manifestations: date: ___/___/___ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition autre: _____

date du prélèvement: ___/___/___

résultat: virus confirmé en culture test génomique pos. sérologie pos. négatif résultat encore ouvert
 tests du paludisme nég.

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ___/___/___ date de sortie: ___/___/___ non inconnu

Etat: décès, date du décès: ___/___/___

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: certificat de vaccination médecin de famille anamnèse

Vacciné contre la fièvre jaune: oui, avec _____ doses au total non inconnu

dernière dose année: _____ avec produit (nom commercial): _____

lieu de vaccination, nom/adresse: _____

Exposition ≤2 semaines avant le début de la manifestation (durée d'incubation ≤6 jours)

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

_____ lieu: _____

Quand: date du dernier départ à l'étranger: ___/___/___ date du retour en CH: ___/___/___ inconnu

Comment: séjour rural autre: _____ inconnu

Personnes exposées: aucune oui, détails: _____ nombre: _____ inconnu

Remarques

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

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: ___/___/___ signature: _____