



Flambée de cas*

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

Flambée de:

Cas de gastro-entérite

suspicion de *Campylobacter* *Salmonella* Norovirus Rotavirus

autres: _____

Maladies d'origine alimentaire (voie principale de transmission)

suspicion de *E. coli* entérohémorragique *Listeria* Hépatite A

autres: _____

Cas d'infections respiratoires

suspicion de Coqueluche Légionellose Oreillons

autres: _____

Autres observations: _____

Date du début des symptômes du/des premier(s) cas observé(s): ___/___/___

Symptômes principaux : _____

Lieu d'exposition supposé: manifestation hôtel restaurant hôpital home

moyen de transport école jardin d'enfants crèche caserne

autres: _____

Adresse: _____

Source d'infection /mode de transmission: _____

Nombre de personnes malades: _____ Agées de _____ à _____ ans

Nombre de personnes hospitalisées: _____ Nombre de décès: _____

Prélèvement de laboratoire envoyé: non oui (Adresse) _____

Nombre de personnes testées: _____

confirmé en laboratoire

agent pathogène/type: _____

Remarques

Médecin nom, adresse, tél., fax, e-mail (vos coordonnées sont essentielles car les autorités sanitaires vont prendre contact avec vous dans les plus brefs délais): _____

Date: ___/___/___ signature: _____

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement : _____

Médecin cantonal

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

* cas de maladie ou de décès (qui sont dans tous les cas à déclaration obligatoire ou non dans les 24heures) qui (1) dépassent l'ampleur probable pour la période concernée, resp. le lieu et (2) et dus vraisemblablement à une maladie transmissible et (3) des mesures pourraient être prises pour la protection de la santé publique.

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>