



Hépatite A

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

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

Rue, n°: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____

Nationalité: _____ pays de résidence, si pas CH/FL: _____

Diagnostic et manifestation

Date du diagnostic: ____/____/____

Manifestations: ictère transaminases élevées fièvre autre: _____ aucune inconnu

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

Laboratoire: nom, tél.: _____

Evolution

Hospitalisation: oui non inconnu si oui, motif: hépatite A autre

Complications: oui, lesquelles: _____ aucune

Etat: décès, date: ____/____/____ cause: hépatite A autre inconnu

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Vacciné contre l'hépatite A: oui, nombre de doses: _____ non inconnu

vaccin (nom commercial), première dose: _____ date: ____/____/____

vaccin (nom commercial), dernière dose: _____ date: ____/____/____

Exposition

au cours des 2 derniers mois avant le début des manifestations (temps d'incubation 15-50 jours)

Où: pays: _____ lieu: _____ inconnu

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

Comment: aliments ou boissons: _____

contact avec personne infectée: dans la famille école/lieu de travail: _____

autre: _____

contact sexuel avec personne infectée: femme homme

drogues injectables

autre: _____ inconnu

Personnes exposées: oui non inconnu si oui: travail dans le secteur alimentaire membres d'un ménage

crèche autre: _____

Activité professionnelle: _____

Médecin nom, adresse, tél. ou timbre:

Date: ____/____/____ signature: _____

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

Médecin cantonal

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

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