

Déclaration de résultats de laboratoire

Feuille 1

Envoyer immédiatement à l'OFSP et au médecin cantonal.^a
OFSP, Systèmes de déclaration, 3003 Berne, Fax: 058 463 87 77

A déclarer dans les deux heures le résultat pos./nég. par téléphone, envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP le formulaire spécifique complémentaire (protocole additionnel). **Prière d'envoyer les échantillons au laboratoire désigné par l'OFSP.**

- Résultat exceptionnel d'analyses de laboratoire (s'applique aussi aux résultats d'analyse qui ne doivent pas être déclarés ou pas déclarés dans un délai de 2 heures)
- *Bacillus anthracis* (ne pas déclarer: résultats négatifs des prélèvements dans l'environnement)
- *Clostridium botulinum* (ne pas déclarer: le botulisme par blessure ou le botulisme infantile)
- Virus Influenza A(HxNy) nouveau sous-type avec potentiel pandémique (ne pas déclarer: résultats d'un test antigène rapide)
- Coronavirus MERS / SRAS
- Virus de la variole *Variola / Vaccinia*
- Fièvres hémorragiques virales avec transmission interhumaine (Ebola, Marburg, Crimée-Congo, Lassa)
- *Yersinia pestis*

A déclarer dans le délai de 24 heures

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Virus de la variole du singe | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite A | <input type="checkbox"/> Virus de la rage ^b
à la demande de l'autorité sanitaire, déclarer résultat négatif |
| <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter spp.</i>
à spécifier si connu: espèce | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite E
seulement génome (PCR) | <input type="checkbox"/> Virus de la rubéole ^{f, 9}
à spécifier si connu: avidité des IgG et persistance des IgG au-delà de l'âge de 6 mois |
| <input type="checkbox"/> Virus du chikungunya | <input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i> ^c
à spécifier si connu: type | <input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i>
à spécifier si connu: espèce, type (tous les isolats n'appartenant pas au sérotype enteritidis doivent être envoyés au NENT) |
| <input type="checkbox"/> Corynébactéries produisant la toxine
<i>C. diphtheriae</i> , <i>C. ulcerans</i> , <i>C. pseudo tuberculosis</i> ;
à spécifier si connu: type;
gène de la toxine, PCR: <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif
toxine, Elek: <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif | <input type="checkbox"/> Virus de la rougeole ⁹
PCR (ARN): <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif | <input type="checkbox"/> <i>Shigella spp.</i>
à spécifier si connu: espèce |
| <input type="checkbox"/> Virus de la dengue
<u>ne pas</u> déclarer: réactions immunologiques croisées évidentes | <input type="checkbox"/> Complexe de <i>M. tuberculosis</i>
veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique | <input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> ^c
sérotype, mise en évidence de la toxine |
| <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> , entérohémorragique ^b
EHEC, VTEC, STEC;
à spécifier si connu: sérotype et type de toxine | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i> ^{c, d, f}
microscopie: seulement diplocoques gram-nég. dans le LCR;
antigène: dans le LCR seulement;
à spécifier si connu: sérotype | <input type="checkbox"/> Virus du Nil occidental ^b
le cas échéant: distinction WN/Kunjin, si WN informations sur le lignage (I ou II) |
| <input type="checkbox"/> Virus de la fièvre jaune ^b
à la demande de l'autorité sanitaire, déclarer résultat négatif | <input type="checkbox"/> Virus de la poliomyélite ^b
à spécifier si connu:
augmentation du titre $\geq 4x$ ou séroconversion | <input type="checkbox"/> Virus Zika ^e |
| <input type="checkbox"/> Flambée de résultats d'analyses de laboratoire: _____
Ne pas déclarer nominalement. Sous "données supplémentaires", spécifiez le nombre de personnes, l'âge, la période, le lieu, etc. | | |

Diagnostic de laboratoire

Date de prélèvement: ____/____/____
jour mois année

Date de détection / date de test: ____/____/____
jour mois année

Matériel analysé: _____

Espèce, type, interprétation et données supplémentaires:

méthode(s) de détection avec résultat positif:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> culture/isolat | <input type="checkbox"/> microscopie |
| <input type="checkbox"/> génome (ADN/ARN) | <input type="checkbox"/> toxine |
| <input type="checkbox"/> antigène | |
| <input type="checkbox"/> sérologie / anticorps | <input type="checkbox"/> séroconversion |
| | <input type="checkbox"/> IgM |
| | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> augmentation du titre $\geq 4x$ |
| <input type="checkbox"/> autre: _____ | |

Patient/e

en cas de *Campylobacter spp.* et Virus du Nil occidental, indiquer les initiales

Initiale nom: ____ initiale prénom: ____

sinon indiquer nom complet + rue

nom: _____ prénom: _____
rue, n°: _____

Date de naissance: ____/____/____ sexe: f m

NPA/domicile: _____

canton: ____ pays de résidence, si pas CH: _____

Médecin mandant

Nom, adresse, tél., fax, institution, service hospitalier:

Laboratoire déclarant

nom, adresse, tél., fax (ou timbre):

date: ____/____/____ signature: _____

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

^b envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP

^c envoyer les isolats au centre de référence désigné par l'OFSP

^d seulement à partir de matériel normalement stérile (tel que sang, liquide céphalo-rachidien, liquide articulaire; urine *exclue*)

^e envoyer les échantillons provenant de femmes enceintes au centre de référence désigné par l'OFSP

^f envoyer les échantillons avec résultat de PCR positif au centre de référence désigné par l'OFSP

⁹ le cas échéant, rapporter d'autres résultats sous «méthode(s) de détection avec résultat positif»

Déclaration de résultats de laboratoire Feuille 2

A envoyer dans un délai d'une semaine à l'OFSP et au médecin cantonal.^a
OFSP, Systèmes de déclaration, 3003 Berne, Fax: 058 463 87 77

A déclarer dans le délai d'une semaine

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Brucella</i> spp.
à spécifier si connu: espèce | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite B ^f
<input type="checkbox"/> IgM anti-HBc <input type="checkbox"/> Ag HBs <input type="checkbox"/> Ag HBe | <input type="checkbox"/> Prions ^e
<input type="checkbox"/> histologie <input type="checkbox"/> mise en évidence de PrP ^{Sc}
<input type="checkbox"/> protéine 14-3-3 dans le LCR
en cas de suspicion de MCJ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>
ne déclarer que les résultats des échantillons
provenant des voies génitales; spécification
du type pas nécessaire | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite C ^f
<input type="checkbox"/> anti-VHC avec test de confirmation positif
<input type="checkbox"/> antigène core | <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> ^{c, d}
à spécifier si connu: type |
| <input type="checkbox"/> <i>Coxiella burnetii</i>
seulement infections aiguës;
en cas de S: seulement IgG et IgM spécifiques
contre des antigènes de la phase II | <input type="checkbox"/> VIH
veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique | <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i>
Ne cocher aucune méthode de détection.
Un test VDRL/RPR positif seul ou accompagné d'un
test spécifique négatif (TPHA/TPPA, FTA-Abs) ne
doit pas être déclaré. |
| <input type="checkbox"/> Entérobactéries productrices ^b
de carbapénèmes (EPC)
à spécifier si connu: espèce, génotype et
autres résistances | <input type="checkbox"/> Virus de l'influenza, saisonniers
à spécifier si connu: type / sous-type | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella spiralis</i>
à spécifier si connu: espèce |
| <input type="checkbox"/> <i>Francisella tularensis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Legionella</i> spp. ^c | <input type="checkbox"/> Virus de l'encéphalite à tiques |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> ^d
à spécifier si connu: type | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | |
| <input type="checkbox"/> Hantavirus
à spécifier si connu: type | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium</i> spp.
à spécifier si connu: espèce | |

Diagnostic de laboratoire

Date de prélèvement: ____/____/____
jour mois année

Date de détection / date de test: ____/____/____
jour mois année

Matériel analysé: _____

Espèce, type, interprétation et données supplémentaires:

méthode(s) de détection avec résultat positif:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> culture/isolat | <input type="checkbox"/> microscopie |
| <input type="checkbox"/> génome (ADN/ARN) | <input type="checkbox"/> toxine |
| <input type="checkbox"/> antigène | |
| sérologie / anticorps | <input type="checkbox"/> séroconversion |
| | <input type="checkbox"/> IgM |
| | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> augmentation du titre $\geq 4x$ |
| <input type="checkbox"/> autre: _____ | |

Patient/e

en cas de VHB, VHC, *Legionella* spp. et Prions, indiquer **nom complet + rue**

sinon indiquer les **initiales**

Nom: _____ prénom: _____
Rue, n°: _____

initiale nom: ____ initiale prénom: ____

Date de naissance: ____/____/____ sexe: f m

NPA/domicile: _____ canton: ____ pays de résidence, si pas CH: _____

Médecin mandant

Nom, adresse, tél., fax, institution, service hospitalier:

Laboratoire déclarant

nom, adresse, tél., fax (ou timbre):

date: ____/____/____ signature: _____

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

^b envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP

^c envoyer les isolats au centre de référence désigné par l'OFSP

^d seulement à partir de matériel normalement stérile (tel que sang, liquide céphalo-rachidien, liquide articulaire; urine *exclue*)

^e en cas de suspicion de vCJK: prière d'envoyer l'échantillon au laboratoire désigné par l'OFSP

^f le cas échéant, rapporter un résultat positif de PCR sous «génome (ADN/ARN)»