



Listériose

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 cochez s.v.p. TOUS les symptômes observés

- Manifestations: chez une **personne adulte** (sauf femmes enceintes) ainsi que **l'enfant de plus d'un mois**:
- fièvre méningite ou méningoencéphalite sepsie
 - infection localisée (p.ex. arthrite, endocardite): _____
 - autre: _____ aucun inconnu
- pendant la **grossesse**:
- avortement, fausse couche, mort-né accouchement prématuré, semaine de grossesse: _____
 - autre: _____ aucun inconnu
- chez les **nouveau-nés** (moins d'un mois):
- granulomatose septique infantile méningite ou méningoencéphalite
 - septicémie dyspnée lésions de la peau, des muqueuses, ou de la conjonctive
 - autre: _____ aucun inconnu

Début des manifestations: date: ___/___/______ inconnu
Laboratoire: nom/tél.: _____
prélèvement: date: ___/___/______ matériel: _____

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ___/___/______ non inconnu
Etat: décès, date du décès: ___/___/______

Remarques

Médecin nom, adresse, tél. ou timbre

Date: ___/___/______ signature: _____

Médecin cantonal

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

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