



Pneumocoques, maladie invasive

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Patient/e

Initiale nom: _____ initiale prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

NPA/domicile: _____ canton: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Manifestation: pneumonie septicémie méningite arthrite autres: _____

Début de la maladie: date: ___/___/___ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____

prélèvement: date: ___/___/___

matériel: sang LCR liquide de ponction pleurale liquide de ponction articulaire autre: _____

Evolution

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

Etat: décès, date: ___/___/___

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination médecin de famille anamnèse

Vacciné contre les pneumocoques: oui, avec _____ doses au total non inconnu

Doses, marque et **date** de la vaccination:

- | | |
|---|---------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> Prevenar® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Prevenar 13® _____ |
| | <input type="checkbox"/> autre _____ |
| 2 | <input type="checkbox"/> Prevenar® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Prevenar 13® _____ |
| | <input type="checkbox"/> autre _____ |
| 3 | <input type="checkbox"/> Prevenar® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Prevenar 13® _____ |
| | <input type="checkbox"/> autre _____ |
| 4 | <input type="checkbox"/> Prevenar® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Prevenar 13® _____ |
| | <input type="checkbox"/> autre _____ |

Doses, marque et **date** de la vaccination:

- | | |
|---|-------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> Pneumovax® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Pnu-Imune® _____ |
| | <input type="checkbox"/> inconnu _____ |
| 2 | <input type="checkbox"/> Pneumovax® _____ |
| | <input type="checkbox"/> Pnu-Imune® _____ |
| | <input type="checkbox"/> inconnu _____ |

Facteurs de risque

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aucun connu | <input type="checkbox"/> splénectomie | <input type="checkbox"/> asplénie fonctionnelle/hémoglobinopathie |
| <input type="checkbox"/> insuffisance rénale chronique | <input type="checkbox"/> syndrome néphrotique | <input type="checkbox"/> fistule de LCR |
| <input type="checkbox"/> immunodépression | <input type="checkbox"/> fracture de la base du crâne | <input type="checkbox"/> autres (p. ex. prématurité <32e SG): _____ |
| <input type="checkbox"/> maladies récid. des voies respiratoires | <input type="checkbox"/> affection pulmonaire chronique | |
| <input type="checkbox"/> otites récid. (au moins 3 en l'espace de 6 mois, ou au moins 4 par an) | <input type="checkbox"/> diabète sucré | |

Remarques

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

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

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