



Protocole d'une déclaration initiale par téléphone*

*A remplir en cas de suspicion d'anthrax, de botulisme, de variole, de peste, d'Influenza A(HxNy) nouveau sous-type, de SRAS, de fièvres hémorragiques virales (FHV) ou résultat exceptionnel d'analyse clinique.

Ce protocole doit être rempli par le médecin cantonal (exceptionnellement, aussi par l'OFSP). Il faut veiller à ce que l'OFSP reçoive la déclaration dans les 2 heures qui suivent la constatation de la suspicion, resp. du résultat (copie fax au 058 463 87 77).

Symboles: ?=inconnu; MH= Médecin hospitalier; MC= Médecin cantonal

Patient/e

Nom, prénom: _____ date de naissance: ___/___/___

Sexe: f m activité professionnelle: _____ tél.: _____

Nationalité: CH autre: _____ domicile: CH étranger: _____

Si CH: adresse de domicile: _____ canton: _____

Diagnostic de suspicion (conformément à la définition de cas de l'OFSP)

Anthrax (maladie du charbon) forme cutanée autre forme: _____

Botulisme botulisme alimentaire _____

Fièvres hémorragiques virales Lassa Ebola _____

Peste Marburg Crimée-Congo _____

Peste peste pulmonaire peste bubonique _____

Influenza A(HxNy)

SRAS

Variole

Résultat exceptionnel d'analyse clinique : _____

Infectiologue consulté(e): _____ tél.: _____

Exposition (conformément à la définition de cas de l'OFSP)

Hôpital, cabinet laboratoire voyage

ferme, marché des animaux, vétérinaire autre: _____

Pays/lieu de l'exposition: _____

Mesures immédiates

Patient/e

Hôpital (nom, tél, fax) _____

Isolément du/de la patient/e effectué? oui non MC MH _____

Traitement spécifique instauré? oui non ? MC MH _____

Diagnostic

Laboratoire (nom, tél, fax) _____

Laboratoire informé au préalable? oui non MC MH _____

Prévention d'autres cas

Mesures de protection du personnel médical instaurées? oui non MC MH _____

si oui, lesquelles? _____

Mesures de protection des personnes de contact instaurées?

- Contacts identifiés oui non MC MH _____

- Contacts informés oui non MC MH _____

- Prophylaxie administrée oui non MC MH _____

- Quarantaine préventive oui non MC MH _____

- Assistance médicale garantie oui non MC MH _____

Désinfection de l'environnement? oui non MC MH _____

Remarques

Personne ayant enregistré la déclaration _____ Signature _____