



Résultat exceptionnel d'analyses épidémiologiques en milieu hospitalier

Déclaration dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Agent pathogène

agent pathogène identifié: Candida auris autre: _____

résistance phénotypique: _____ résistance génotypique: _____

typage génomique fait ou prévu: oui non résultats: _____

modes de transmission présumés: de personne à personne (transmission directe) environnement (transmission indirecte par l'environnement)

source environnementale (via une source commune) ou dispositif médical contaminé

inconnu autres: _____

Patient/e concerné/e

hospitalisation: date d'admission: ___/___/___ hôpital: _____

service/s: _____

lieu de séjour actuel: stationnaire transféré le ___/___/___ à: _____

retour à domicile le ___/___/___ décédé/e

premiers échantillons positifs: date: ___/___/___ type d'échantillon: sang selles urine plaies liquide céphalo-rachidien

frottis de peau/muqueuse intacte abcès autres: _____

raison du prélèvement: dépistage indication clinique: _____

autres: _____

Lieu d'exposition

hôpital: nom de l'institution: _____ pays: _____ canton: _____

établissement médico-social: nom de l'institution: _____ canton: _____

inconnu autre: _____

Autres patients/es

nombre de cas avec infection symptomatique: _____ nombre de porteurs/porteuses sans infection symptomatique: _____ nombre de contacts: _____

nombre de patients/es soumis/es à un dépistage: _____ dont nombre positif: _____ négatif: _____ en attente: _____

Mesures mises en œuvre et prévues à l'hôpital

mesures pour les cas identifiés: isolement de tous les cas prise de contact avec l'établissement d'envoi

prise de contact avec l'établissement destinataire à la sortie

mesures pour les contacts: une définition des contacts est disponible, à savoir: _____

isolement de tous les contacts dépistage de tous les contacts prise de contact avec l'établissement destinataire à la sortie

autres dépistages: dépistages transversaux répétés: services: _____ intervalle: _____

dépistage de tous les patients/es répondant à un certain critère, critère: _____

dépistage des échantillons environnementaux, appareils pas de dépistage effectué, motif: _____

autres mesures: _____

remarques: _____

Coordonnées du service déclarant (nom, adresse, tél., e-mail)

date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

mesures: aucune information aux autres hôpitaux du canton

autres: _____

date: ___/___/___ signature: _____

^a Informations sur la déclaration des maladies infectieuses: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>