



Rubéole congénitale

Déclaration complémentaire

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

Feuille 1: FEMME ENCEINTE / MÈRE

Données concernant la FEMME ENCEINTE ou la MÈRE (voir au verso pour l'enfant)

Nom/prénom: _____ date de naissance: __/__/____
Rue, n°: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ n° tél.: _____
Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Survenue de la rubéole (éruption ou diagnostic de laboratoire) durant la ____ semaine de grossesse

Sérologie de rubéole avant la grossesse (IgG):

oui, résultat: _____ date: __/__/____ non inconnu

Durant la grossesse et l'accouchement:

Analyse 1: laboratoire (nom / n° tél.): _____
date prélèvement: __/__/____ matériel: _____ résultat: _____

Analyse 2: laboratoire (nom / n° tél.): _____
date prélèvement: __/__/____ matériel: _____ résultat: _____

Analyse 3: laboratoire (nom / n° tél.): _____
date prélèvement: __/__/____ matériel: _____ résultat: _____

Evolution

Conséquence: fausse-couche interruption de grossesse embryopathie aucune encore incertain

Remarques

Pour l'enfant, veuillez s.v.p. remplir dans tous les cas (même si la rubéole n'est pas confirmée chez lui par un examen de laboratoire) le questionnaire complémentaire figurant au verso. Au besoin, merci de contacter le pédiatre ou de nous communiquer ses coordonnées.

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

Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal

Date: __/__/____ signature: _____



Rubéole congénitale

Déclaration complémentaire

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

Feuille 2: ENFANT

Données concernant l'ENFANT^b / l'ENFANT MORT NÉ (voir au recto pour la femme enceinte / la mère)

Nom/prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ n° tél.: _____

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

A la naissance: âge de gestation: _____ semaines poids: _____ g longueur: _____ cm périmètre crânien: _____ cm

Diagnostic et manifestation

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> cataracte | <input type="checkbox"/> glaucome congénital | <input type="checkbox"/> embryopathie |
| <input type="checkbox"/> trouble de l'audition | <input type="checkbox"/> rétinopathie pigmentaire | <input type="checkbox"/> purpura |
| <input type="checkbox"/> hépatomégalie ou splénomégalie | <input type="checkbox"/> microcéphalie | <input type="checkbox"/> retard mental |
| <input type="checkbox"/> méningo-encéphalite | <input type="checkbox"/> lésions osseuses métaphysaires | <input type="checkbox"/> ictère commençant dans les 24 heures après la naissance |
| <input type="checkbox"/> autres: _____ | | <input type="checkbox"/> aucune |

Analyse 1: laboratoire (nom / n° tél.): _____

date prélèvement: ___/___/___ matériel: _____ résultat: _____

Analyse 2: laboratoire (nom / n° tél.): _____

date prélèvement: ___/___/___ matériel: _____ résultat: _____

Analyse 3: laboratoire (nom / n° tél.): _____

date prélèvement: ___/___/___ matériel: _____ résultat: _____

Evolution

Décès: oui, date de décès: ___/___/___ cause: _____ non inconnu

Autopsie: oui

Remarques

Pour la mère de cet enfant, veuillez s.v.p. remplir dans tous les cas (même si une rubéole pendant la grossesse n'a pas pu être mise en évidence) le questionnaire complémentaire figurant au recto.
Au besoin, merci de contacter le gynécologue / médecin généraliste ou de nous communiquer ses coordonnées.

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

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Date: ___/___/___ signature: _____

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

^b A remplir pour tout nourrisson né d'une mère ayant eu une rubéole confirmée durant la grossesse, en cas d'infection rubéoleuse confirmée chez un nouveau-né, ainsi qu'en cas de suspicion de rubéole congénitale