



Rubéole

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Patient/e

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

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

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

Diagnostic et manifestation

Rubéole congénitale: cette déclaration concerne une femme enceinte ou qui vient d'accoucher. Si oui, veuillez encore s.v.p. remplir le formulaire complémentaire pour le résultat clinique de la rubéole, **à la fin de la grossesse.**

date prévue du terme: ___/___/___

cette déclaration concerne un nouveau-né avec une infection rubéoleuse ou un nourrisson avec une (suspicion de) rubéole congénitale. Si oui, veuillez encore s.v.p. remplir **le formulaire complémentaire pour le résultat clinique de la rubéole.**

Manifestations: exanthème maculopapulaire généralisé aigu, début de l'exanthème^b: ___/___/___ début inconnu

adénopathies (cervicale, sub-occipitale ou post-auriculaire) arthralgies/arthritis

autre: _____ aucune

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition évaluation du statut immunitaire

Evolution

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

Complications: oui, lesquelles: _____ aucune

Statut vaccinal avant le début de la maladie

D'après: carnet de vaccination / dossier médical anamnèse

Vacciné contre la rubéole: oui, avec ___ doses au total non inconnu

1^{re} dose, vaccin (nom commercial): _____ date: ___/___/___

2^e dose, vaccin (nom commercial): _____ date: ___/___/___

Exposition

dans les 14-21 jours avant le début de l'exanthème

Où: CH étranger, pays: _____ lieu (aussi pour CH): _____ inconnu

Quand: date d'exposition: ___/___/___ inconnu

dates de séjour à l'étranger (ou en Suisse pour les étrangers), début: ___/___/___ fin: ___/___/___

Comment: crèche école famille autre: _____ inconnu

Cas en lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un examen de laboratoire: oui non inconnu

Autres cas de rubéole dans le milieu: oui, détails: _____ nombre: _____ non inconnu

Remarques

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

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

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

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

^b ou des symptômes si pas d'exanthème