



# Syphilis

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

### Patient/e

Initiale nom: \_\_\_\_\_ initiale prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ genre:  f  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VDS<sup>b</sup>

NPA/localité: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Evaluation du cas:  
cocher **une** seule variante

- début d'un traitement contre la syphilis** (nouvel épisode de maladie pas encore déclaré, ne pas déclarer de nouveau traitement suite à une suspicion de non-réponse à un traitement initial, ni de traitement prophylactique de partenaires)<sup>c</sup>  
→ veuillez remplir ce questionnaire **ENTIÈREMENT**
- contrôle de l'évolution** (cet épisode de la maladie est déjà déclaré)  
→ veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal **SANS** remplir la suite
- cicatrice sérologique** (infection antérieure, pas de syphilis active)  
→ veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal **SANS** remplir la suite

Stade:

- syphilis primaire site de la lésion primaire :  génital  périanal  cavité orale  
 autre: \_\_\_\_\_  inconnu
- syphilis secondaire
- latente précoce (≤ 1 an après l'infection initiale)
- latente tardive (> 1 an après l'infection initiale)
- syphilis tertiaire symptôme principal : \_\_\_\_\_
- inconnu

date du début des symptômes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  avec des symptômes neurologiques associés

Laboratoire:

date de prélèvement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Motif de consultation:

- symptômes  exposition  bilan de santé individuel<sup>d</sup>  dépistage<sup>e</sup>  
 autre: \_\_\_\_\_

Grossesse en cours?

- oui  non  avortement en raison d'une infection syphilitique

### Exposition (merci d'indiquer la réponse la plus probable du point de vue du médecin)

Où:  CH, lieu: \_\_\_\_\_  étranger, pays: \_\_\_\_\_  inconnu

Comment (mode de transmission):

- contact sexuel avec:  f  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VDS<sup>b</sup>  
 autre voie d'infection (p. ex. congénitale): \_\_\_\_\_  non explorable
- si transmission par contact sexuel, type de relation :
- partenaire anonyme  partenaire connu  sexe tarifé  non explorable

Antécédents de syphilis traitée et guérie:  oui  non  inconnu

### Mesures (recommandées pour les IST)<sup>f</sup>

Un test VIH a-t-il été effectué par le passé?<sup>g</sup>  oui  non  inconnu

Les partenaires sexuels ont-ils été informés du diagnostic de syphilis?  oui  non  inconnu

Le traitement des partenaires sexuels contre la syphilis sera-t-il / a-t-il été organisé?  oui  non  inconnu

Médecin nom, adresse, tél., (ou timbre): \_\_\_\_\_

Remarques

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement : \_\_\_\_\_

Médecin cantonal nom, adresse, tél., (ou timbre): \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> Formulaire: versions actualisées disponibles à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> MtF = sexe de naissance masculin (M), identité de genre féminin (F) ou non binaire. (FtM) = sexe de naissance féminin (F), identité de genre masculin (M) ou non binaire. VDS = Variation du développement sexuel (intersexe).

<sup>c</sup> Pas de déclaration de traitements qui ne sont pas indiqués rétrospectivement.

<sup>d</sup> Test individuel, p. ex. HSH, personnes > 45 ans lors d'un bilan de santé, etc.

<sup>e</sup> Prévention, resp. dépistage systématique chez des groupes cibles spécifiques, p. ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang, participants à une étude

<sup>f</sup> IST: infection sexuellement transmissible.

<sup>g</sup> Les personnes présentant une infection sexuellement transmissible devraient être testées pour le VIH.