



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).^a

Patient/e

Initiale nom: _____ initiale prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ genre: f m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VDS^b

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)^c
→ 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

syphilis secondaire autre: _____ inconnu

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^d dépistage^e

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)^b trans (FtM)^b VDS^b

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)^f

Un test VIH a-t-il été effectué par le passé?^g 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: _____

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

^b 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).

^c Pas de déclaration de traitements qui ne sont pas indiqués rétrospectivement.

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

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

^f IST: infection sexuellement transmissible.

^g Les personnes présentant une infection sexuellement transmissible devraient être testées pour le VIH.