



# Trichinellose

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

### Patient/e

Initiale nom: \_\_\_\_ initiale prénom: \_\_\_\_ date de naissance: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ sexe:  f  m

NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_

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

### Diagnostic et manifestation

cochez s.v.p. TOUS les symptômes observés

- Manifestations:
- fièvre
  - douleurs musculaires
  - diarrhée
  - œdème facial ou œdème périorbitaire
  - éosinophilie
  - hémorragies sous-conjonctivales, subunguales, ou rétiniennes
  - autre: \_\_\_\_\_  aucun  inconnu

Début des manifestations: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

prélèvement: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ matériel: \_\_\_\_\_

### Evolution

Hospitalisation:  oui, date d'entrée: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non  inconnu

Etat:  décès, date du décès: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Exposition

dans les 45 jours avant le début des manifestations (durée d'incubation 8 - 45 jours)

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

Quand: date d'exposition: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ OU date d'entrée en CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Comment:  repas (précisions): \_\_\_\_\_

autre: \_\_\_\_\_  inconnu

### Remarques

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

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

### Médecin cantonal

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_ date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_