



Fièvre typhoïde / paratyphoïde

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

Diagnostic: fièvre typhoïde fièvre paratyphoïde porteur, depuis mois/année: ___/___

Manifestation: fièvre persistante céphalée bradycardie relative

toux sèche diarrhée, constipation, malaise ou douleurs abdominales

autre: _____ aucun inconnu

Début des manifestations: date: ___/___/___ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre: _____

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

Evolution

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

Etat: décès, date du décès: ___/___/___

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination/dossier médical anamnèse

vacciné contre *S. typhi*: oui, au total ___ doses non inconnu

dernière dose mois/année: ___/___ avec produit (nom commercial): _____

Exposition < 60 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation *S. Typhi* 3-60 jours, en général 8-14 jours; *S. Paratyphi* 1-10 jours)

Où: CH étranger, pays: _____ lieu: _____ inconnu

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

Comment: par repas ou boissons: _____

par contact avec patient ou porteur: _____

autre: _____ inconnu

Personnes exposées: oui, détails: _____ nombre: ___ aucune inconnu

Activité professionnelle: _____

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>