



# Fièvre du Nil occidental

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

### Patient/e

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

NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Manifestations:  fièvre ou fièvre selon données anamnestiques  méningite  encéphalite  
 autre: \_\_\_\_\_  aucune

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

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

motif:  suspicion clinique  exposition  découverte fortuite  autre: \_\_\_\_\_

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

séroconversion documentée:  oui  non

### Evolution

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

Etat:  décès: date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

### Statut vaccinal ou maladie(s) antérieure(s)

	maladie antérieure?	vacciné/e?
Fièvre jaune:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
Encéphalite à tiques:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
Encéphalite japonaise:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
Hépatite C:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	
Fièvre de dengue:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	

### Exposition

temps d'incubation de 2-14 jours

Où: la personne a-t-elle séjourné à l'étranger durant les 14 jours précédant le début des symptômes?  oui  non  inconnu  
si oui, pays: \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Comment:  piqûre de moustique  
 contact avec des oiseaux  
 transfusion sanguine/transplantation, date de la transfusion/transplantation: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
institution (nom/adresse): \_\_\_\_\_  
 autre: \_\_\_\_\_  
 inconnu

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

Remarques

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

### Médecin cantonal

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