



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: _____

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>