



Déclaration de résultats de laboratoire

Feuille 1

Envoyer immédiatement à l'OFSP et au médecin cantonal.
La transmission à l'OFSP se fait si possible par voie électronique.^a
Sinon, HIN secured à : report@hin.infreport.ch

A déclarer dans les **deux heures** le résultat pos./nég. par téléphone, envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP le formulaire spécifique complémentaire (protocole additionnel). Prière d'envoyer les échantillons au laboratoire désigné par l'OFSP.

- Résultat exceptionnel d'analyses de laboratoire (s'applique aussi aux résultats d'analyse qui ne doivent pas être déclarés ou pas déclarés dans un délai de 2 heures)
- Bacillus anthracis** (ne pas déclarer: résultats négatifs des prélèvements dans l'environnement)

- Clostridium botulinum** (ne pas déclarer: le botulisme par blessure ou le botulisme infantile)
- Virus Influenza A(HxNy) nouveau sous-type avec potentiel pandémique (ne pas déclarer: résultats d'un test rapide d'antigène)
- Coronavirus MERS / SRAS

- Virus de la variole *Variola / Vaccinia*
- Fièvres hémorragiques virales avec transmission interhumaine (Ebola, Marburg, Crimée-Congo, Lassa)
- Yersinia pestis*

A déclarer dans le délai de **24 heures**

- Campylobacter spp.**
à spécifier si connu: espèce
- Virus du chikungunya
- Corynébactéries produisant la toxine *C. diphtheriae*, *C. ulcerans*, *C. pseudotuberculosis*; à spécifier si connu: type; gène de la toxine, PCR: positif négatif toxine, Elek: positif négatif
- Virus de la dengue ne pas déclarer: réactions immunologiques croisées évidentes
- Escherichia coli**, entérohémorragique EHEC, VTEC, STEC; à spécifier si connu: sérotype et type de toxine
- Virus de la fièvre jaune^b à la demande de l'autorité sanitaire, déclarer résultat négatif
- Virus de l'hépatite A
- Flambée de résultats d'analyses de laboratoire: _____

Ne pas déclarer nominalement. Sous "données supplémentaires", spécifiez le nombre de personnes, l'âge, la période, le lieu, etc.

- Virus de l'hépatite E seulement génome (PCR)
- Listeria monocytogenes**^c à spécifier si connu: type
- Legionella spp.**^c
- Virus de la rougeole^d PCR (ARN): positif négatif
- Virus MpoX
- Complexe de *M. tuberculosis* veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique
- Neisseria meningitidis**^{c, d, f} microscopie: seulement diploques gram-nég. dans le LCR; antigène: dans le LCR seulement; à spécifier si connu: sérogroupe

- Virus de la poliomyélite^b à spécifier si connu: augmentation du titre ≥4x ou séroconversion
- Virus de la rage^b à la demande de l'autorité sanitaire, déclarer résultat négatif
- Virus de la rubéole^g PCR (ARN): positif négatif
- Salmonella spp.** à spécifier si connu: espèce, type (tous les isolats n'appartenant pas au sérotype enteriditis doivent être envoyés au NENT)
- Shigella spp.**^c à spécifier si connu: espèce
- Vibrio cholerae**^c sérotype, mise en évidence de la toxine
- Virus du Nil occidental^b le cas échéant: distinction WN/Kunjin, si WN informations sur le lignage (I ou II)
- Virus Zika^e

Diagnostic de laboratoire

Date de prélèvement: ____ / ____ / ____
jour mois année

Date de détection / date de test: ____ / ____ / ____
jour mois année

Matériel analysé: _____

Espèce, type, interprétation et données supplémentaires:

méthode(s) de détection avec résultat positif:

- culture/isolat microscopie
- génome (ADN/ARN) toxine
- antigène
- sérologie / anticorps séroconversion
- IgM
- IgG augmentation du titre ≥4x

autre: _____

Patient/e

en cas de *Campylobacter spp.* indiquer les initiales

Initiale nom: _____	initiale prénom: _____
---------------------	------------------------

sinon indiquer nom complet + rue

nom: _____	prénom: _____
rue, n°: _____	

Date de naissance: ____ / ____ / ____ sexe: f m

NPA/domicile: _____

canton: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Médecin mandant

Nom, adresse, tél., institution, service hospitalier:

Laboratoire déclarant

nom, adresse, tél. (ou timbre):

date: ____ / ____ / ____

^a Informations sur la déclaration des maladies infectieuses : <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b Envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP

^c Envoyer les isolats au centre de référence désigné par l'OFSP

^d Seulement à partir de matériel normalement stérile (tel que sang, liquide céphalo-rachidien, liquide articulaire; urine exclue)

^e Envoyer les échantillons provenant de femmes enceintes au centre de référence désigné par l'OFSP

^f Envoyer les échantillons avec résultat de PCR positif au centre de référence désigné par l'OFSP

^g Le cas échéant, rapporter d'autres résultats sous «méthode(s) de détection avec résultat positif»



Déclaration de résultats de laboratoire

Feuille 2

A envoyer dans un délai d'une semaine à l'OFSP et au médecin cantonal.
La transmission à l'OFSP se fait si possible par voie électronique.^a
Sinon, HIN secured à : report@hin.infreport.ch

A déclarer dans le délai d'une semaine

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Brucella spp.</i>
à spécifier si connu: espèce | <input type="checkbox"/> <i>Virus de l'hépatite B</i> ^f
<input type="checkbox"/> IgM anti-HBc <input type="checkbox"/> Ag HBs <input type="checkbox"/> Ag HBe | <input type="checkbox"/> <i>Prions</i> ^e
<input type="checkbox"/> histologie <input type="checkbox"/> mise en évidence de PrP ^{SC}
<input type="checkbox"/> protéine 14-3-3 dans le LCR
<input type="checkbox"/> en cas de suspicion de MCJ |
| <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i>
ne déclarer que les résultats des échantillons provenant des voies génitales; spécification du type pas nécessaire | <input type="checkbox"/> <i>Virus de l'hépatite C</i> ^f
<input type="checkbox"/> anti-VHC avec test de confirmation positif
<input type="checkbox"/> antigène core | <input type="checkbox"/> <i>SARS-CoV-2</i> ^g
PCR (ARN): <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif |
| <input type="checkbox"/> <i>Coxiella burnetii</i>
seulement infections aiguës;
en cas de S: seulement IgG et IgM spécifiques contre des antigènes de la phase II | <input type="checkbox"/> <i>VIH</i>
veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique | <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> ^{c, d}
à spécifier si connu: type |
| <input type="checkbox"/> Entérobactéries productrices ^b de carbapénémases (EPC) | <input type="checkbox"/> <i>Virus de l'influenza</i> , saisonniers
à spécifier si connu: type / sous-type | <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i>
Ne cocher aucune méthode de détection.
Un test VDRL/RPR positif seul ou accompagné d'un test spécifique négatif (TPHA/TPPA, FTA-Abs) ne doit pas être déclaré. |
| <input type="checkbox"/> <i>Francisella tularensis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella spiralis</i>
à spécifier si connu: espèce |
| <input type="checkbox"/> <i>Haemophilus influenzae</i> ^d
à spécifier si connu: type | <input type="checkbox"/> <i>Plasmodium spp.</i>
à spécifier si connu: espèce | <input type="checkbox"/> <i>Virus de l'encéphalite à tiques</i> |
| <input type="checkbox"/> Hantavirus
à spécifier si connu: type | | |

Diagnostic de laboratoire

Date de prélèvement: ____ / ____ / ____
jour mois année

méthode(s) de détection avec résultat positif:

culture/isolat microscopie

Date de détection / date de test: ____ / ____ / ____
jour mois année

génome (ADN/ARN) toxine

Matériel analysé: _____

antigène

Espèce, type, interprétation et données supplémentaires:

sérologie / anticorps séroconversion

IgM

IgG augmentation du titre ≥4x

autre: _____

Patient/e
en cas de *Coxiella burnetii*, CPE, VHB, VHC, *Plasmodium*, *Prions* et *SARS-CoV-2* indiquer nom complet + rue

sinon indiquer les initiales

Nom: _____ prénom: _____
Rue, n°: _____

initiale nom: _____ initiale prénom: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____ sexe: f m

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

Médecin mandant

Nom, adresse, tél., institution, service hospitalier:

Laboratoire déclarant

nom, adresse, tél. (ou timbre):

date: ____ / ____ / ____

^a Informations sur la déclaration des maladies infectieuses : <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b Envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP

^c Envoyer les isolats au centre de référence désigné par l'OFSP

^d Seulement à partir de matériel normalement stérile (tel que sang, liquide céphalo-rachidien, liquide articulaire; urine *exclue*)

^e En cas de suspicion de vCK: prière d'envoyer l'échantillon au laboratoire désigné par l'OFSP

^f Le cas échéant, rapporter un résultat positif de PCR sous «génome (ADN/ARN)»

^g Le cas échéant, rapporter d'autres résultats sous «méthode(s) de détection avec résultat positif»