



S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une
semaine au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).^a

Paludisme

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: ☐ f ☐ m
Rue: _____ NPA/localité: _____ canton: _____ tél.: _____
Nationalité: _____ pays de résidence: _____ pays d'origine^b: _____

Diagnostic et manifestation

Manifestations: ☐ fièvre ou fièvre selon données anamnestiques
Début des manifestations: date: ____/____/____ ☐ inconnu
Laboratoire: nom/tél.: _____
date du prélèvement: ____/____/____
méthode: ☐ microscopie ☐ test rapide ☐ autre: _____
motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ découverte fortuite
résultat: ☐ *P. falciparum* ☐ *P. vivax* ☐ *P. ovale* ☐ *P. malariae* ☐ *Plasmodium* sans différenciation d'espèce ☐ parasitémie: ____ %

Evolution

Hospitalisation: ☐ oui, date d'entrée: ____/____/____ ☐ non ☐ inconnu
Traitement ambulatoire: ☐ oui ☐ non
Etat: ☐ décès, date du décès: ____/____/____

Exposition

≤12 mois avant le diagnostic

Avant le diagnostic, la personne a-t-elle séjourné dans une zone endémique connue? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

si oui, pays visité(s), dans l'ordre décroissant de probabilité de l'infection:

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

durée du séjour dans la zone de paludisme (total pays 1 + 2 + 3): _____ jours date du départ de la zone de paludisme: ____/____/____

la personne a-t-elle consulté avant le départ un médecin ou un service de conseils aux voyageurs? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

si non, donnez des détails sur l'origine possible de l'infection:

☐ voyage antérieur à 12 mois dans une zone de paludisme, précisez où: _____
☐ paludisme congénital ☐ paludisme induit (ex. transfusion) ☐ paludisme introduit (ex. paludisme aéroportuaire)

Groupe à risque de paludisme le plus probable (une réponse possible):

☐ touriste ☐ immigrant (toutes catégories, y compris adoption)
☐ visite de famille ou d'amis ☐ autres: _____
☐ professionnel (ex. voyage affaire) ☐ inconnu

Remarques

Médecin nom, adresse, tél. (ou timbre): _____

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

Mesures: ☐ non ☐ oui: _____ date: ____/____/____

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

^b si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine