



# 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<sup>b</sup>: \_\_\_\_\_

### 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

Traitements ambulatoires:  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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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