



Fièvres hémorragiques virales

transmises de personne à personne

Déclaration de résultats d'analyses cliniques
En complément à la déclaration téléphonique qui doit
être faite dans les 2 heures.

S.v.p. à remplir et renvoyer par
retour du courrier à : OFSP et au
médecin cantonal.^a

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: ☐ f ☐ m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____

Nationalité: ☐ CH ☐ autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic: ☐ Ebola (veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique) ☐ Marburg ☐ Crimée-Congo ☐ Lassa

☐ autres Arena virus: _____

Manifestation: ☐ signes hémorragiques ☐ fièvre max.: ____ °C

☐ autre: _____ ☐ aucune

Début des
manifestations: date: ____/____/____

Laboratoire (nom/tél.): _____

motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ autre: _____

prélèvement: date: ____/____/____ matériel: _____

résultat: ☐ virus confirmé en culture ☐ test génomique pos. ☐ séroconversion

Evolution

Hospitalisation: ☐ oui, date d'entrée: ____/____/____ ☐ non ☐ inconnu

Etat: ☐ décès, date du décès: ____/____/____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Selon: ☐ carnet de vaccination/dossier médical ☐ anamnèse

Vaccination expérimental
contre FHV: ☐ oui, au avec ____ doses au total ☐ non ☐ inconnu

dernière dose mois/année: ____/____ avec produit (nom commercial): _____

Exposition

≤3 semaines avant le début de la manifestation

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

si oui: ☐ à l'étranger ☐ pays: _____ lieux: _____ ☐ inconnu

Quand: date du dernier départ à l'étranger: ____/____/____ date du retour en CH: ____/____/____ ☐ inconnu

si non: ☐ CH ☐ régions: _____ lieux: _____ ☐ inconnu

Comment: ☐ contact avec patient ☐ séjour rural ☐ autre: _____ ☐ inconnu

Autres personnes
exposées: ☐ oui, détails: _____ nombre: ____ ☐ non ☐ inconnu

Remarques relatives aux mesures prises

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

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

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