



Hépatite E

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans
les 24h au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).^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 (indiquez s.v.p. TOUS les symptômes observés)

Manifestations: ☐ fièvre ☐ douleurs épigastriques
☐ arthralgie ☐ perte d'appétit
☐ nausée ☐ ictère
☐ neurologiques: _____
☐ autres: _____ ☐ aucune ☐ inconnu

Début des manifestations: date: ____/____/____ ☐ inconnu

Facteurs de risque: ☐ maladie du foie préexistante: _____
☐ grossesse
☐ autre (par ex. diabète, cancer, immunosuppression, transplantation): _____
☐ aucune ☐ inconnu

Laboratoire: nom/tél: _____

Evolution

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

Exposition (durée d'incubation env. 3 - 8 semaines)

☐ pas de séjour hors de Suisse durant les 60 jours précédant le début des manifestations

☐ séjour hors de Suisse durant les 60 jours précédant le début des manifestations

pays: _____ date du: ____/____/____ au: ____/____/____

pays: _____ date du: ____/____/____ au: ____/____/____

pays: _____ date du: ____/____/____ au: ____/____/____

☐ exposition possible par transfusion/produits sanguins, année: _____

activité professionnelle: _____

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>