



Fièvre de dengue

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

Manifestations: fièvre ou fièvre selon données anamnestiques signes hémorragiques
 autre: _____ aucune

Début des manifestations: date: __/__/____

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: suspicion clinique exposition autres: _____

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

séroconversion documentée: oui non

Maladie(s) antérieure(s) ou statut vaccinal

	maladie antérieure?	vacciné/e?		
Fièvre jaune:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu
Encéphalite à tiques:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu
Encéphalite japonaise:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	<input type="checkbox"/> oui, année: _____	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> inconnu
Hépatite C:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____			
Fièvre du Nil occidental:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____			

Exposition durée d'incubation: 3 – 14 jours

Où: la personne a-t-elle séjourné à l'étranger durant les 14 jours précédant le début des symptômes? oui non inconnu

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

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

si **non**, où la personne a-t-elle pu le plus probablement être infectée ?

lieu: _____ inconnu

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

Remarques

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

Date: __/__/____

Médecin cantonal

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