



Maladie à virus Ebola

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

Manifestations: ☐ fièvre aiguë $\geq 38,5$ °C: ____ °C ☐ signes hémorragiques

☐ autres symptômes: _____ ☐ aucune

Début des manifestations: date: ____/____/____

Laboratoire: motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ autre: _____

☐ Centre national de référence CRIVE à Genève (<https://hug.ch/laboratoire-virologie/centre-national-reference-pour-infections-virales>)

☐ autre laboratoire, nom/tél.: _____

☐ laboratoire informé au préalable

prélèvement: date: ____/____/____ matériel: _____ ☐ aucun laboratoire

Vaccination expérimentale contre Ebola: ☐ oui, date: ____/____/____ lesquelles: _____ ☐ non ☐ inconnu

Evolution

Hospitalisation: ☐ oui, date d'entrée: ____/____/____ Hôpital (nom, division, n° tél.): _____ ☐ non

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

Exposition

dans les 21 jours avant le début des manifestations

Où: séjour dans une région endémique? ☐ oui ☐ non

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 lieu/région: _____ ☐ inconnu

Comment: ☐ dans la famille ☐ en tant que membre du personnel médical ou soignant ☐ autres contacts: _____ ☐ inconnu

Quand: du: ____/____/____ au: ____/____/____ ☐ inconnu

Voyages après le début des manifestations: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

si oui: voyages par avion? ☐ oui ☐ non le: ____/____/____ ; ____/____/____ ☐ inconnu

Mesures

Patient/e isolé/e: ☐ oui ☐ non début: ____/____/____

Contacts identifiés: ☐ oui ☐ non si oui, nombre: _____ ☐ recherche n'a pas encore débuté

si oui: informés: ☐ oui ☐ non

en quarantaine: ☐ oui ☐ non

Autres mesures: _____

Médecin

nom, adresse, tél. (ou timbre):

Remarques

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

Date: ____/____/____ autres mesures: ☐ non ☐ oui: _____

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