



# Fièvre typhoïde / paratyphoïde

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans  
les 24h au médecin cantonal  
(pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

### Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sexe: ☐ f ☐ m

Rue, n°: \_\_\_\_\_ NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

Nationalité: ☐ CH ☐ autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Diagnostic: ☐ fièvre typhoïde ☐ fièvre paratyphoïde ☐ porteur, depuis mois/année: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Manifestation: ☐ fièvre persistante ☐ céphalée ☐ bradycardie relative  
☐ toux sèche ☐ diarrhée, constipation, malaise ou douleurs abdominales  
☐ autre: \_\_\_\_\_ ☐ aucun ☐ inconnu

Début des manifestations: date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ découverte fortuite ☐ autre: \_\_\_\_\_

prélèvement: date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ matériel: \_\_\_\_\_

### Evolution

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

Eat: ☐ décès, date du décès: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: ☐ carnet de vaccination/dossier médical ☐ anamnèse

vacciné contre *S. typhi*: ☐ oui, au total \_\_\_\_ doses ☐ non ☐ inconnu  
dernière dose mois/année: \_\_\_\_/\_\_\_\_ avec produit (nom commercial): \_\_\_\_\_

### Exposition

< 60 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation *S. Typhi* 3-60 jours, en général 8-14 jours; *S. Paratyphi* 1-10 jours)

Où: ☐ CH ☐ étranger, pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_ ☐ inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ OU date d'entrée en CH: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ inconnu

Comment: ☐ par repas ou boissons: \_\_\_\_\_  
☐ par contact avec patient ou porteur: \_\_\_\_\_  
☐ autre: \_\_\_\_\_ ☐ inconnu

Personnes exposées: ☐ oui, détails: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_ ☐ aucune ☐ inconnu

Activité professionnelle: \_\_\_\_\_

### 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>