



Pneumocoques, maladie invasive

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une
semaine au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).^a

Patient/e

Initiale nom: _____ initiale prénom: _____

date de naissance: ____/____/____

sexe: ☐ f ☐ m

NPA/domicile: _____ canton: _____

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

Diagnostic et manifestation

Manifestation: ☐ pneumonie ☐ septicémie ☐ méningite ☐ arthrite ☐ autres: _____

Début de la
maladie: date: ____/____/____ ☐ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____

prélèvement: date: ____/____/____

matériel: ☐ sang ☐ LCR ☐ liquide de ponction pleurale ☐ liquide de ponction articulaire ☐ autre: _____

Evolution

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

Etat: ☐ décès, date: ____/____/____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: ☐ carnet de vaccination ☐ médecin de famille ☐ anamnèse

Vacciné contre les
pneumocoques: ☐ oui, avec _____ doses au total ☐ non ☐ inconnu

Doses, marque et **date** de la vaccination:

- | | | |
|---|---------------------------------------|-------|
| 1 | ☐ Prevenar® | _____ |
| | ☐ Prevenar 13® | _____ |
| | ☐ autre | _____ |
| 2 | ☐ Prevenar® | _____ |
| | ☐ Prevenar 13® | _____ |
| | ☐ autre | _____ |
| 3 | ☐ Prevenar® | _____ |
| | ☐ Prevenar 13® | _____ |
| | ☐ autre | _____ |
| 4 | ☐ Prevenar® | _____ |
| | ☐ Prevenar 13® | _____ |
| | ☐ autre | _____ |

Doses, marque et **date** de la vaccination:

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------|
| 1 | ☐ Pneumovax® | _____ |
| | ☐ Pnu-Imune® | _____ |
| | ☐ inconnu | _____ |
| 2 | ☐ Pneumovax® | _____ |
| | ☐ Pnu-Imune® | _____ |
| | ☐ inconnu | _____ |

Facteurs de risque

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ aucun connu | ☐ splénectomie | ☐ asplénie fonctionnelle/hémoglobinopathie |
| ☐ insuffisance rénale chronique | ☐ syndrome néphrotique | ☐ fistule de LCR |
| ☐ immunodépression | ☐ fracture de la base du crâne | ☐ autres (p. ex. prématurité <32e SG): _____ |
| ☐ maladies récid. des voies respiratoires | ☐ affection pulmonaire chronique | |
| ☐ otites récid. (au moins 3 en l'espace de 6 mois, ou au moins 4 par an) | ☐ diabète sucré | |

Remarques

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

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

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