



Hépatite A

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: ☐ f ☐ m

Rue, n°: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____

Nationalité: _____ pays de résidence, si pas CH/FL: _____

Diagnostic et manifestation

Date du diagnostic: ____/____/____

Manifestations: ☐ ictère ☐ transaminases élevées ☐ fièvre ☐ autre: _____ ☐ aucune ☐ inconnu

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

Laboratoire: nom, tél.: _____

Evolution

Hospitalisation: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu si oui, motif: ☐ hépatite A ☐ autre

Complications: ☐ oui, lesquelles: _____ ☐ aucune

Etat: ☐ décès, date: ____/____/____ cause: ☐ hépatite A ☐ autre ☐ inconnu

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Vacciné contre l'hépatite A: ☐ oui, nombre de doses: _____ ☐ non ☐ inconnu

vaccin (nom commercial), première dose: _____ date: ____/____/____

vaccin (nom commercial), dernière dose: _____ date: ____/____/____

Exposition

au cours des 2 derniers mois avant le début des manifestations (temps d'incubation 15-50 jours)

Où: pays: _____ lieu: _____ ☐ inconnu

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

Comment: ☐ aliments ou boissons: _____

☐ contact avec personne infectée: ☐ dans la famille ☐ école/lieu de travail: _____

☐ autre: _____

☐ contact sexuel avec personne infectée: ☐ femme ☐ homme

☐ drogues injectables

☐ autre: _____ ☐ inconnu

Personnes exposées: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu si oui: ☐ travail dans le secteur alimentaire ☐ membres d'un ménage

☐ crèche ☐ autre: _____

Activité professionnelle: _____

Médecin nom, adresse, tél. ou timbre:

Date: ____/____/____

☐ en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: _____

Médecin cantonal

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

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