



Infection au virus Zika

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: ☐ exanthème ☐ fièvre ☐ conjonctivite ☐ arthralgie ☐ myalgie

☐ symptômes neurologiques^b: _____

☐ autre: _____ ☐ aucune ☐ inconnu

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

Grossesse en cours? ☐ oui ☐ non

si oui: → envoyer les échantillons au CRIVE^c

→ gynécologue traitant ou centre spécialisé (médecine foeto-maternelle) (nom, adresse): _____

Laboratoire: nom/tél.: _____

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

séroconversion documentée: ☐ oui ☐ non

Maladie(s) antérieure(s) ou statut vaccinal

	maladie antérieure?	vacciné/e?		
Fièvre jaune:	☐ oui, année: _____ ☐ non	☐ oui, année: _____	☐ non	☐ inconnu
Encéphalite à tiques:	☐ oui, année: _____ ☐ non	☐ oui, année: _____	☐ non	☐ inconnu
Encéphalite japonaise:	☐ oui, année: _____ ☐ non	☐ oui, année: _____	☐ non	☐ inconnu
Hépatite C:	☐ oui, année: _____ ☐ non			
Fièvre du Nil occidental:	☐ oui, année: _____ ☐ non			
Fièvre de dengue:	☐ oui, année: _____ ☐ non			

Exposition

durée d'incubation: 3 – 12 jours

La personne a-t-elle été exposée à l'étranger durant les 12 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.: _____

quand: date du dernier départ à l'étranger: ____/____/____ date du retour en CH: ____/____/____ ☐ inconnu

si **non**, où la personne a-t-elle pu le plus probablement être infectée? lieu: _____ ☐ inconnu

La personne a-t-elle été exposée lors d'un rapport sexuel non protégé? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Remarques

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

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

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

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

^b p.ex. Syndrome de Guillain-Barré

^c CRIVE = Centre national de Référence des Infections Virales Emergentes (<https://www.hug.ch/laboratoire-virologie>)