



Brucellose

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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 (indiquez s.v.p. TOUS les symptômes observés)

Manifestations: ☐ fièvre ☐ sueurs (surtout nocturnes)
☐ frissons ☐ arthralgie
☐ céphalées ☐ fatigue générale/faiblesse
☐ dépression ☐ perte d'appétit ou de poids
☐ autre: _____ ☐ aucune ☐ 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

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

Exposition dans les 60 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation env. 5 - 60 jours)

Où: ☐ CH ☐ étranger, pays: _____ ☐ inconnu

Quand: date d'exposition: ____/____/____ ou date du retour en CH: ____/____/____ ☐ inconnu

Comment: ☐ repas ou boissons (détails): _____

☐ contact avec un animal infecté: _____

☐ autre: _____ ☐ 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>