



Rougeole

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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 (veuillez s.v.p. cocher TOUS les symptômes observés)

Manifestation: ☐ exanthème maculopapuleux; début de l'exanthème (ou des symptômes si pas d'exanthème): ____/____/____ ☐ inconnu

☐ fièvre ☐ toux ☐ conjonctivite ☐ rhinite ☐ autre: _____ ☐ aucun symptôme

Date de la consultation: ____/____/____

Laboratoire: nom/tél.: _____

prélèvement: date: ____/____/____

résultats, si connus: IgM spécifiques: ☐ pos. ☐ nég. test génomique (PCR): ☐ pos. ☐ nég. ☐ inconnu

Evolution^b

Hospitalisation: ☐ oui, nom et adresse de l'hôpital: _____ ☐ non

Complications: ☐ pneumonie ☐ encéphalite ☐ otite moyenne ☐ autre: _____ ☐ aucune

Statut vaccinal avant le début de la maladie

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

Vacciné contre la rougeole: ☐ oui, avec ____ doses au total ☐ non ☐ inconnu

1^{re} dose, vaccin (nom commercial): _____ date: ____/____/____

2^e dose, vaccin (nom commercial): _____ date: ____/____/____

Exposition

dans les 7 - 21 jours avant le début de l'exanthème

Où: ☐ CH ☐ étranger, pays: _____
lieu (CH et étranger): _____ ☐ inconnu

Quand: date d'exposition: ____/____/____ dates de séjour à l'étranger (ou en CH pour les étrangers), début: ____/____/____ fin: ____/____/____ ☐ inconnu

Comment: ☐ crèche ☐ école ☐ famille ☐ autre: _____ ☐ inconnu

Cas en lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un examen de laboratoire: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Autres cas de rougeole dans le milieu: ☐ oui, détails: _____ nombre: _____ ☐ non ☐ inconnu

Personnes exposées durant la période de contagiosité (de 4 j. avant à 4 j. après le début de l'exanthème): ☐ réseau familial/social ☐ travail, crèche, école, équipe sportive
☐ hôpital, foyer, cabinet ☐ passagers identifiables (avion, croisière, voyage organisé)
☐ autres: _____

Remarques

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

Date: ____/____/____

Médecin cantonal première notification de ce cas reçue le: ____/____/____ (courrier, téléphone, mail, etc.)

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

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

^b à la sortie d'hôpital après hospitalisation ou en cas de décès, une déclaration complémentaire doit être transmise dans un délai d'une semaine