



Listériose

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

cochez s.v.p. TOUS les symptômes observés

- Manifestations: ☐ chez une **personne adulte** (sauf femmes enceintes) ainsi que **l'enfant de plus d'un mois**:
- ☐ fièvre ☐ méningite ou méningoencéphalite ☐ sepsie
 - ☐ infection localisée (p.ex. arthrite, endocardite): _____
 - ☐ autre: _____ ☐ aucun ☐ inconnu
- ☐ pendant la **grossesse**:
- ☐ avortement, fausse couche, mort-né ☐ accouchement prématuré, semaine de grossesse: _____
 - ☐ autre: _____ ☐ aucun ☐ inconnu
- ☐ chez les **nouveau-nés** (moins d'un mois):
- ☐ granulomatose septique infantile ☐ méningite ou méningoencéphalite
 - ☐ septicémie ☐ dyspnée ☐ lésions de la peau, des muqueuses, ou de la conjonctive
 - ☐ autre: _____ ☐ aucun ☐ inconnu

Début des manifestations: date: ____/____/____ ☐ inconnu
Laboratoire: nom/tél.: _____
prélèvement: date: ____/____/____ matériel: _____

Evolution

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

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>