



# Paludisme

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

### Patient/e

Initiale nom: \_\_\_\_\_ initiale prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sexe: ☐ f ☐ m  
NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_  
Nationalité: ☐ CH ☐ autre: \_\_\_\_\_ pays d'origine<sup>b</sup>: ☐ CH ☐ autre: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Manifestations: ☐ fièvre ou fièvre selon données anamnestiques  
Début des manifestations: date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ inconnu  
Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_  
date du prélèvement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
méthode: ☐ microscopie ☐ test rapide ☐ autre: \_\_\_\_\_  
motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ découverte fortuite  
résultat: ☐ *P. falciparum* ☐ *P. vivax* ☐ *P. ovale* ☐ *P. malariae* ☐ *Plasmodium* sans différenciation d'espèce ☐ parasitémie: \_\_\_\_ %

### Evolution

Hospitalisation: ☐ oui, date d'entrée: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ non ☐ inconnu  
Traitement ambulatoire: ☐ oui ☐ non  
Etat: ☐ décès, date du décès: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Exposition

≤12 mois avant le diagnostic

Avant le diagnostic, la personne a-t-elle séjourné dans une zone endémique connue? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

si oui, pays visité(s), dans l'ordre décroissant de probabilité de l'infection:

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

durée du séjour dans la zone de paludisme (total pays 1 + 2 + 3): \_\_\_\_\_ jours date du départ de la zone de paludisme: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

la personne a-t-elle consulté avant le départ un médecin ou un service de conseils aux voyageurs? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

si non, donnez des détails sur l'origine possible de l'infection:

☐ voyage antérieur à 12 mois dans une zone de paludisme, précisez où: \_\_\_\_\_  
☐ paludisme congénital ☐ paludisme induit (ex. transfusion) ☐ paludisme introduit (ex. paludisme aéroportuaire)

Groupe à risque de paludisme le plus probable (une réponse possible):

☐ touriste ☐ immigrant (toutes catégories, y compris adoption)  
☐ visite de famille ou d'amis ☐ autres: \_\_\_\_\_  
☐ professionnel (ex. voyage affaire) ☐ inconnu

### Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

Mesures: ☐ non ☐ oui: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

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

<sup>b</sup> si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine