



Résultat exceptionnel d'analyses épidémiologiques en milieu hospitalier

Déclaration dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Agent pathogène

agent pathogène identifié: ☐ Candida auris ☐ autre: _____

résistance phénotypique: _____ résistance génotypique: _____

typage génomique fait ou prévu: ☐ oui ☐ non résultats: _____

modes de transmission présumés: ☐ de personne à personne (transmission directe) ☐ environnement (transmission indirecte par l'environnement)

☐ source environnementale (via une source commune) ou dispositif médical contaminé

☐ inconnu ☐ autres: _____

Patient/e concerné/e

hospitalisation: date d'admission: ____/____/____ hôpital: _____

service/s: _____

lieu de séjour actuel: ☐ stationnaire ☐ transféré le ____/____/____ à: _____

☐ retour à domicile le ____/____/____ ☐ décédé/e

premiers échantillons positifs: date: ____/____/____ type d'échantillon: ☐ sang ☐ selles ☐ urine ☐ plaies ☐ liquide céphalo-rachidien

☐ frottis de peau/muqueuse intacte ☐ abcès ☐ autres: _____

raison du prélèvement: ☐ dépistage ☐ indication clinique: _____

☐ autres: _____

Lieu d'exposition

☐ hôpital: nom de l'institution: _____ pays: _____ canton: _____

☐ établissement médico-social: nom de l'institution: _____ canton: _____

☐ inconnu ☐ autre: _____

Autres patients/es

nombre de cas avec infection symptomatique: ____ nombre de porteurs/porteuses sans infection symptomatique: ____ nombre de contacts: ____

nombre de patients/es soumis/es à un dépistage: ____ dont nombre positif: ____ négatif: ____ en attente: ____

Mesures mises en œuvre et prévues à l'hôpital

mesures pour les cas identifiés: ☐ isolement de tous les cas ☐ prise de contact avec l'établissement d'envoi

☐ prise de contact avec l'établissement destinataire à la sortie

mesures pour les contacts: ☐ une définition des contacts est disponible, à savoir: _____

☐ isolement de tous les contacts ☐ dépistage de tous les contacts ☐ prise de contact avec l'établissement destinataire à la sortie

autres dépistages: ☐ dépistages transversaux répétés: services: _____ intervalle: _____

☐ dépistage de tous les patients/es répondant à un certain critère, critère: _____

☐ dépistage des échantillons environnementaux, appareils ☐ pas de dépistage effectué, motif: _____

autres mesures: _____

remarques: _____

Coordonnées du service déclarant (nom, adresse, tél., e-mail)

date: ____/____/____

Médecin cantonal

mesures: ☐ aucune ☐ information aux autres hôpitaux du canton

☐ autres: _____

date: ____/____/____

^a Informations sur la déclaration des maladies infectieuses: <https://www.bag.admin.ch/infreporting>