



Fièvre Q

Déclaration de résultats d'analyses cliniques dans une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP). ^a

Patient/e

nom: _____ prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: ☐ f ☐ m

rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____

tél.: _____ nationalité: _____ pays de résidence, si pas CH/FL: _____

Diagnostic et manifestation Veuillez cocher tous les symptômes/résultats observés/mentionnés dans l'anamnèse.

diagnostic: ☐ fièvre Q aiguë ☐ fièvre Q chronique ☐ pas de fièvre Q^b ☐ inconnue

manifestations: ☐ fièvre ☐ pneumonie ☐ hépatite ☐ autre: _____

☐ aucune ☐ inconnue

début de la manifestation: ____/____/____ ☐ inconnu

laboratoire: nom/tél.: _____ date de prélèvement: ____/____/____

Évolution

hospitalisation: ☐ oui, date d'entrée: ____/____/____ ☐ non ☐ inconnue motif de l'hospitalisation: ☐ fièvre Q ☐ autre ☐ inconnu

état: ☐ décès, date: ____/____/____ cause du décès: ☐ fièvre Q ☐ autre ☐ inconnue

Exposition ≤ 1 mois avant le début de la manifestation

où: pays (indiquer aussi CH, FL): _____

lieu/lieux: _____

☐ inconnu

quand: date d'exposition: ____/____/____

OU

date de la dernière sortie à l'étranger: ____/____/____ date d'entrée en CH/FL: ____/____/____

☐ inconnue

comment: ☐ contact direct/indirect avec un animal

☐ chèvres/moutons: _____

☐ autre: _____

☐ repas/boisson (lait non pasteurisé): _____

☐ piqûre de tique: _____

☐ autre: _____

☐ inconnu

activité professionnelle: _____

autre cas dans l'entourage: ☐ oui, lesquels: _____ nombre: _____ ☐ non ☐ inconnu

Remarques

Médecin (nom, adresse, tél., e-mail)

date: ____/____/____

Médecin cantonal

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

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

^b Le test positif résultait par exemple d'une cicatrice sérologique ou d'une réaction croisée.