



# Entérobactéries productrices de carbapénémases

## 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

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sexe: ☐ f ☐ m

Rue: \_\_\_\_\_ NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

Nationalité: ☐ CH ☐ autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Manifestations: ☐ colonisation

☐ infection, si oui: début des manifestations, date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ inconnu

☐ bactériémie ☐ pneumonie ☐ infection des voies urinaires ☐ infection de la cavité abdominale

☐ infection de la plaie: \_\_\_\_\_ ☐ autre: \_\_\_\_\_

Laboratoire: nom, n° tél.: \_\_\_\_\_

motif: ☐ infection ☐ dépistage<sup>b</sup> ☐ autre: \_\_\_\_\_

date du prélèvement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

matériel: ☐ sang ☐ ponction stérile, site: \_\_\_\_\_ ☐ urine

☐ selles/frottis anal ☐ sécrétions tracheales / frottis ☐ plaie

☐ autre: \_\_\_\_\_

### Evolution

Hospitalisation: ☐ oui, date d'entrée: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ non ☐ inconnu

hôpital, nom/n° tél.: \_\_\_\_\_

département: ☐ soins intensifs ☐ autre: \_\_\_\_\_

Etat: ☐ décès, date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Exposition

merci d'indiquer la réponse la plus probable du point de vue du médecin

Comment: ☐ intervention médicale: \_\_\_\_\_

☐ séjour à l'étranger pendant les 12 derniers mois:

pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_ date du: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ hospitalisé/e

pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_ date du: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ hospitalisé/e

pays: \_\_\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_ date du: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ hospitalisé/e

☐ contact avec une personne infectée (avec ou sans symptômes): \_\_\_\_\_

☐ autre: \_\_\_\_\_ ☐ inconnu

Quand: date d'exposition: du: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☐ inconnu

Personnes exposées: ☐ oui, détails: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_\_\_ ☐ non ☐ inconnu

Activité professionnelle: \_\_\_\_\_

### Remarques

Médecin nom, adresse, tél. ou timbre:

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

### Médecin cantonal

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

<sup>a</sup> formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>  
<sup>b</sup> prévention, resp. dépistage systématique chez des groupes cibles spécifiques, par ex. préopérateur, transfert d'un autre hôpital, séjour à l'étranger dans une région à forte endémicité