



Choléra

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

Diagnostic: ☐ Choléra avec déshydratation ☐ autre: _____

Début de la manifestation: date: ____/____/____

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ découverte fortuite ☐ autre: _____

prélèvement: date: ____/____/____ matériel: _____

Evolution

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

Etat: ☐ décès, date: ____/____/____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: ☐ carnet de vaccination ☐ anamnèse

Vacciné contre le choléra: ☐ oui, avec _____ doses au total ☐ non ☐ inconnu

dernière dose année/mois: _____ avec produit (nom commercial): _____

Exposition

dans les 7 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation 1/2 - 5 jours)

Où: ☐ pays: _____ lieu: _____ ☐ inconnu

Quand: date d'exposition: ____/____/____ OU date d'entrée en CH ____/____/____ ☐ inconnu

Comment: ☐ repas/boisson (détails): _____

☐ autre: _____ ☐ inconnu

Personnes exposées: ☐ oui, lesquelles: _____ nombre: _____ ☐ non ☐ inconnu

Activité professionnelle: _____

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>