



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

Trichinellose

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

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

NPA/domicile: _____ canton: _____

Nationalité: ☐ CH ☐ autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

cochez s.v.p. TOUS les symptômes observés

- Manifestations:
- ☐ fièvre
 - ☐ douleurs musculaires
 - ☐ diarrhée
 - ☐ œdème facial ou œdème périorbitaire
 - ☐ éosinophilie
 - ☐ hémorragies sous-conjonctivales, subunguales, ou rétinienes
 - ☐ autre: _____ ☐ aucun ☐ inconnu

Début des manifestations: date: ____/____/____ ☐ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____

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

Evolution

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

Etat: ☐ décès, date du décès: ____/____/____

Exposition

dans les 45 jours avant le début des manifestations (durée d'incubation 8 - 45 jours)

Où: ☐ CH ☐ étranger, pays: _____ lieu: _____ ☐ inconnu

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

Comment: ☐ repas (précisions): _____ ☐ autre: _____ ☐ inconnu

Remarques

Médecin

nom, adresse, tél. (ou timbre):

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

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