



Mpox

Déclaration des résultats cliniques dans les 24h au médecin cantonal.^a

Patient/e

Nom: _____ prénom: _____

date de naissance: ____/____/____ genre: ☐ f ☐ m ☐ trans (MtF)^b ☐ trans (FtM)^b ☐ VDS^b

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____

tél.: _____ e-mail: _____ nationalité: _____

pays de résidence, si pas CH: _____ activité professionnelle: _____

Diagnostic et manifestations

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

Symptômes: début des manifestations: ____/____/____

lésions cutanées telles que vésicules/pustules/croûtes: ☐ génital / anal ☐ visage ☐ extrémités ☐ autres localisations

☐ lymphadénopathie ☐ myalgie ☐ maux de tête ☐ maux de dos ☐ asthénie ☐ soudaine poussée de fièvre (>38,5°C)

☐ aucun ☐ autre: _____

Exposition Dans les 21 jours avant le début des manifestations.

Où: pays d'exposition: _____ lieu d'exposition: _____ ☐ inconnu

Quand: date d'exposition: ____/____/____ ☐ inconnu

Comment: voie de transmission probable: ☐ contact sexuel avec: ☐ f ☐ m ☐ autre ☐ contact dans le ménage
☐ contact en tant que personnel médical / de soins ☐ contact avec des animaux sauvages (potentiellement) infectés
☐ autres: _____

contact avec un cas de variole du singe confirmé en laboratoire: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Après le début des manifestations:

Contact étroit avec des personnes: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu remarque: _____

Voyages internationaux: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu remarque: _____

Statut vaccinal

Vaccination contre la variole: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu selon: ☐ carnet de vaccination ☐ anamnèse
(anciens programmes de vaccination contre la variole)

Vaccination contre la variole du singe: ☐ oui ☐ non ☐ inconnu selon: ☐ carnet de vaccination ☐ anamnèse

Evolution

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

Thérapie: ☐ Tecovirimat ☐ autres médicaments antiviraux: _____

Décès: ☐ oui, date de décès: ____/____/____ cause de décès: ☐ variole du singe ☐ autre ☐ inconnue

Mesures d'urgence

Mesures chez le cas confirmé en laboratoire: ☐ oui ☐ non

Mesures concernant les personnes de contact: ☐ oui ☐ non/pas nécessaire

Mesures chez des professionnels de la santé: ☐ oui ☐ non/pas nécessaire

Remarques

Médecin nom, adresse, tél. (ou timbre): _____

Date: ____/____/____

Médecin cantonal nom, adresse, tél. (ou timbre): _____

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

^a Formulaires actuels disponibles sur <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

^b MtF = sexe de naissance masculin (M), identité de genre féminin (F) ou non binaire. FtM = sexe de naissance féminin (F), identité de genre masculin (M) ou non binaire. VDS = Variation du développement sexuel (intersexe).