



# Mpox

## Déclaration des résultats cliniques dans les 24h au médecin cantonal.<sup>a</sup>

### Patient/e

Nom: \_\_\_\_\_ prénom: \_\_\_\_\_

date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ genre:  f  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VDS<sup>b</sup>

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

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

<sup>b</sup> 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 (intersexé).