



Anthrax / Charbon

Déclaration de résultats d'analyses cliniques
En complément à la déclaration téléphonique qui doit
être faite dans les 2 heures.

S.v.p. à remplir et renvoyer par
retour du courrier à : OFSP et au
médecin cantonal.^a

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: ☐ f ☐ m

Rue: _____ NPA/localité: _____ canton: _____ tél.: _____

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

Activité professionnelle, employeur (adresse complète): _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic clinique: ☐ suspicion ☐ certain ☐ fortuit ☐ date du diagnostic: ____/____/____

Diagnostic du laboratoire: ☐ positif ☐ négatif

Matériel d'examen: _____

Laboratoire (nom, localité): _____

Localisation:

☐ anthrax cutané symptômes: _____

☐ anthrax pulmonaire symptômes: _____

☐ anthrax gastro-intestinal symptômes: _____

☐ autre symptômes: _____

Evolution

Traitement, début: ____/____/____ moyens utilisés: _____

Hospitalisation: ☐ non ☐ oui, date d'admission: ____/____/____ ☐ décès, date: ____/____/____

Exposition

Séjour à l'étranger au cours des 8 dernières semaines précédant la maladie: ☐ oui ☐ non ☐ pas connu

Où: _____ du: ____/____/____ au: ____/____/____

Source d'infection: _____ ☐ connue ☐ supposée ☐ inconnue

(p.ex. produits d'origine animale (en particulier chèvres, moutons, vaches, chevaux, porcs), autres produits, marchandise importée, poussière, outils, machines, infection de laboratoire, suspicion de contamination de nature criminelle)

Lesquels, où (adresse): _____

Autres personnes infectées ou cas de suspicion: ☐ oui ☐ non ☐ pas connus

Qui? (adresse): _____

Mesures prises (individuelles/familiales/professionnelles/vétérinaires/autres): _____

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

Remarques

Date: ____/____/____

Médecin cantonal:

Mesures: ☐ non ☐ oui: _____

Date: ____/____/____

OFSP: ☐ 3+ ☐ 2+ ☐ 1+ ☐ ? ☐ Ø

date: ____/____/____ visé par: _____

^a Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>