



Rougeole

Déclaration complémentaire

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

Patient/e

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

Evolution

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

cause: _____ séjour aux soins intensifs: ☐ oui, nombre de jours: _____

Complications: ☐ pneumonie ☐ encéphalite ☐ otite moyenne ☐ autre: _____ ☐ aucune

Etat: ☐ guéri / convalescent ☐ décès, date: ____/____/____

☐ séquelles, lesquelles: _____

Facteurs de risque

- ☐ aucun connu
- ☐ immunodéficience / immunodépression
- ☐ grossesse en cours

Remarques

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

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

Date: ____/____/____

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