



Rage

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

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

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

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

Diagnostic et manifestation

Manifestations: ☐ encéphalomyélite aiguë ☐ délire ☐ crises épileptiques ☐ anxiété
☐ paresthésie à l'endroit de la morsure ☐ spasmes musculaires à la déglutition ☐ hydrophobie ☐ parésie ou paralysie

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

Laboratoire: Nom/tél.: _____

Prélèvement: date: __/__/____ matériel: _____

Résultat^b: immunofluorescence: ☐ pos. ☐ nég. ☐ inconnu

histologie: ☐ pos. ☐ nég. ☐ inconnu

☐ virus en culture du matériel: _____

Evolution

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

Etat: ☐ décès, date: __/__/____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

D'après: ☐ carnet de vaccination ☐ anamnèse

Vacciné contre la rage: ☐ oui, avec ____ doses au total ☐ non ☐ inconnu ☐ administration d'immunoglobulines

dernière dose en année/mois: _____ avec produit (nom commercial): _____

Prophylaxie post-expositionnelle: oui, début le: __/__/____ ☐ active ☐ passive ☐ inconnu

Exposition

≤1 an avant le début de la manifestation (durée d'incubation 30-365 jours)

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

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

Comment: ☐ de l'animal à l'homme: _____

☐ de personne à personne: _____

☐ inconnu

Personnes exposées: ☐ oui, lesquelles: _____ nombre: _____ ☐ non ☐ inconnu

s.v.p. lister les noms et adresses des individus exposés, qui vous sont connus:

Remarques

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

Date: __/__/____

Médecin cantonal

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

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

^b s.v.p. joindre copie des résultats