



# Syphilis

## Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

### Patient/e

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

NPA/localité: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_

Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Diagnostic et manifestation

Evaluation du cas:  
cocher une seule variante

- début d'un traitement contre la syphilis** (nouvel épisode de maladie pas encore déclaré, ne pas déclarer de nouveau traitement suite à une suspicion de non-réponse à un traitement initial, ni de traitement prophylactique de partenaires)<sup>c</sup>  
→ veuillez remplir ce questionnaire ENTIÈREMENT
- contrôle de l'évolution** (cet épisode de la maladie est déjà déclaré)  
→ veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite
- cicatrice sérologique** (infection antérieure, pas de syphilis active)  
→ veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite

Stade:

- syphilis primaire site de la lésion primaire :  génital  périanal  cavité orale  
 autre: \_\_\_\_\_  inconnu
- syphilis secondaire
- latente précoce ( $\leq$  1 an après l'infection initiale)
- latente tardive (> 1 an après l'infection initiale)
- syphilis tertiaire symptôme principal : \_\_\_\_\_
- inconnu

date du début des symptômes: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  avec des symptômes neurologiques associés

Laboratoire:

date de prélèvement: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Motif de consultation:

symptômes  exposition  bilan de santé individuel<sup>d</sup>  dépistage<sup>e</sup>

autre: \_\_\_\_\_

Grossesse en cours?

oui  non  avortement en raison d'une infection syphilitique

### Exposition (merci d'indiquer la réponse la plus probable du point de vue du médecin)

Où:  CH, lieu: \_\_\_\_\_  étranger, pays: \_\_\_\_\_  inconnu

Comment (mode de transmission):  contact sexuel avec:  f  m  trans (MtF)<sup>b</sup>  trans (FtM)<sup>b</sup>  VDS<sup>b</sup>  
 autre voie d'infection (p. ex. congénitale): \_\_\_\_\_  non explorable

si transmission par contact sexuel, type de relation :

partenaire anonyme  partenaire connu  sexe tarifié  non explorable

Antécédents de syphilis traitée et guérie:  oui  non  inconnu

### Mesures (recommandées pour les IST)<sup>f</sup>

Un test VIH a-t-il été effectué par le passé?<sup>g</sup>  oui  non  inconnu

Les partenaires sexuels ont-ils été informés du diagnostic de syphilis?  oui  non  inconnu

Le traitement des partenaires sexuels contre la syphilis sera-t-il / a-t-il été organisé?  oui  non  inconnu

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

**Remarques**

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

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement :

### Médecin cantonal

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

<sup>a</sup> Formulaires: versions actualisées disponibles à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/infrreporting>

<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).

<sup>c</sup> Pas de déclaration de traitements qui ne sont pas indiqués rétrospectivement.

<sup>d</sup> Test individuel, p. ex. HSH, personnes > 45 ans lors d'un bilan de santé, etc.

<sup>e</sup> Prévention, resp. dépistage systématique chez des groupes cibles spécifiques, p. ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang, participants à une étude

<sup>f</sup> IST: infection sexuellement transmissible.

<sup>g</sup> Les personnes présentant une infection sexuellement transmissible devraient être testées pour le VIH.