



# 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 ☐ péréal ☐ cavité orale  
☐ autre: \_\_\_\_\_ ☐ inconnu
- ☐ syphilis secondaire
- ☐ latente précoce (≤ 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 tarifé ☐ 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 pénitencier, nom officiel de l'établissement: \_\_\_\_\_

Médecin cantonal

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

<sup>a</sup> Formulaires: versions actualisées disponibles à l'adresse <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 (intersexe).

<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.