



Fièvre jaune

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: ☐ signes hémorragiques: _____

☐ fièvre à ____ °C ☐ hépatite ☐ albuminurie ☐ insuffisance rénale

☐ autre: _____ ☐ aucune ☐ inconnu

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

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ autre: _____

date du prélèvement: ____/____/____

résultat: ☐ virus confirmé en culture ☐ test génomique pos. ☐ sérologie pos. ☐ négatif ☐ résultat encore ouvert

☐ tests du paludisme nég.

Evolution

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

Etat: ☐ décès, date du décès: ____/____/____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: ☐ certificat de vaccination ☐ médecin de famille ☐ anamnèse

Vacciné contre la fièvre jaune: ☐ oui, avec ____ doses au total ☐ non ☐ inconnu

dernière dose année: _____ avec produit (nom commercial): _____

lieu de vaccination, nom/adresse: _____

Exposition

≤2 semaines avant le début de la manifestation (durée d'incubation ≤6 jours)

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

_____ lieu: _____

Quand: date du dernier départ à l'étranger: ____/____/____ date du retour en CH: ____/____/____ ☐ inconnu

Comment: ☐ séjour rural ☐ autre: _____ ☐ inconnu

Personnes exposées: ☐ aucune ☐ oui, détails: _____ nombre: ____ ☐ inconnu

Remarques

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

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

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