



Protocole d'une déclaration initiale par téléphone*

*A remplir en cas de suspicion d'anthrax, de botulisme, de variole, de peste, d'Influenza A HxNy (zoonotique) nouveau sous-type, de SRAS, de fièvres hémorragiques virales (FHV) ou résultat exceptionnel d'analyse clinique.

Ce protocole doit être rempli par le médecin cantonal (exceptionnellement, aussi par l'OFSP). Il faut veiller à ce que l'OFSP reçoive la déclaration dans les 2 heures qui suivent la constatation de la suspicion, resp. du résultat.

Symboles: ?=inconnu; MH= Médecin hospitalier; MC= Médecin cantonal

Patient/e

Nom, prénom: _____ date de naissance: ____ / ____ / ____
Sexe: ☐ f ☐ m activité professionnelle: _____ tél.: _____
Nationalité: ☐ CH ☐ autre: _____ domicile: ☐ CH ☐ étranger: _____
Si CH: adresse de domicile: _____ canton: _____

Diagnostic de suspicion (conformément à la définition de cas de l'OFSP)

☐ **Anthrax (maladie du charbon)** ☐ forme cutanée ☐ autre forme: _____
☐ **Botulisme** ☐ botulisme alimentaire ☐ _____
☐ **Fièvres hémorragiques virales** ☐ Lassa ☐ Ebola ☐ _____
☐ **Peste** ☐ Marburg ☐ Crimée-Congo ☐ _____
☐ **Influenza A HxNy (zoonotique)** ☐ peste pulmonaire ☐ peste bubonique ☐ _____
☐ **SRAS**
☐ **Variole**
☐ **Résultat exceptionnel d'analyse clinique :** _____

Infectiologue consulté(e): _____ tél.: _____

Exposition (conformément à la définition de cas de l'OFSP)

☐ Hôpital, cabinet ☐ laboratoire ☐ voyage
☐ ferme, marché des animaux, vétérinaire ☐ autre: _____
Pays/lieu de l'exposition: _____

Mesures immédiates

Patient/e

Hôpital (nom, tél, fax) _____
Isolement du/de la patient/e effectué? ☐ oui ☐ non ☐ MC ☐ MH ☐ _____
Traitement spécifique instauré? ☐ oui ☐ non ☐ ? ☐ MC ☐ MH ☐ _____

Diagnostic

Laboratoire (nom, tél, fax) _____
Laboratoire informé au préalable? ☐ oui ☐ non ☐ MC ☐ MH ☐ _____

Prévention d'autres cas

Mesures de protection du personnel médical instaurées? ☐ oui ☐ non ☐ MC ☐ MH ☐ _____
si oui, lesquelles? _____

Mesures de protection des personnes de contact instaurées?

- Contacts identifiés ☐ oui ☐ non ☐ MC ☐ MH ☐ _____
- Contacts informés ☐ oui ☐ non ☐ MC ☐ MH ☐ _____
- Prophylaxie administrée ☐ oui ☐ non ☐ MC ☐ MH ☐ _____
- Quarantaine préventive ☐ oui ☐ non ☐ MC ☐ MH ☐ _____
- Assistance médicale garantie ☐ oui ☐ non ☐ MC ☐ MH ☐ _____
Désinfection de l'environnement? ☐ oui ☐ non ☐ MC ☐ MH ☐ _____

Remarques

Personne ayant enregistré la déclaration _____

* Veuillez convenir de la personne qui met en oeuvre les mesures, resp. qui les assure!