



Chikungunya

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans les
24h au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).^a

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: ☐ fièvre ou fièvre selon données anamnestiques ☐ arthralgies ☐ myalgies ☐ exanthème ☐ signes hémorragiques
☐ maux de tête ☐ autre: _____ ☐ aucune

Début des manifestations: date: ____/____/____

Laboratoire nom/tél.: _____

motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ autres: _____

prélèvement: date: ____/____/____ matériel: _____

séroconversion documentée: ☐ oui ☐ non

Evolution

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

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

Exposition

durée d'incubation: 3 – 12 jours

Où: la personne a-t-elle séjourné à l'étranger durant les 12 jours précédant le début des symptômes? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

si **oui**, pays visité(s), dans l'ordre décroissant de probabilité de l'infection:

1.: _____ 2.: _____ 3.: _____

si **non**, où la personne a-t-elle pu le plus probablement être infectée ?

lieu: _____ ☐ inconnu

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

Remarques

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

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

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