



Escherichia coli entérohémorragiques

(EHEC, VTEC, STEC)

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 (cochez s.v.p. TOUS les symptômes observés)

Manifestations: ☐ diarrhée ☐ diarrhée sanglante ☐ douleurs abdominales
☐ insuffisance rénale aiguë **et** une des deux manifestations suivantes:
☐ anémie hémolytique microangiopathique
☐ thrombocytopenie
☐ autre: _____ ☐ aucune ☐ inconnu

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

Laboratoire: nom/tél.: _____

motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☐ découverte fortuite ☐ autre: _____

prélèvement: date: ____/____/____ matériel: ☐ selles / frottis anal ☐ autre: _____

Evolution

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

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

Exposition

dans les 10 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation 2 -10 jours)

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

Quand: date d'exposition: ____/____/____ ou date du retour en CH: ____/____/____ ☐ inconnu

Comment: ☐ par repas ou boissons: _____

☐ par contact avec patient ou porteur: _____

☐ par contact avec bétail, leurs excréments ou du fumier: _____ ☐ inconnu

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

Activité professionnelle: _____

Remarques

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

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

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

^a Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>