



Encéphalite à tiques

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Initiale nom: _____ initiale prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: ☐ f ☐ m

NPA/domicile: _____ canton: _____

Nationalité: ☐ CH ☐ autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic: ☐ méningite ☐ méningoencéphalite ☐ encéphalomyélite ☐ radiculite ☐ autre: _____

Manifestations: ☐ à l'endroit de la piqûre de tique ☐ grippale ☐ autre: _____ ☐ aucun ☐ inconnu

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

Laboratoire: nom/tél.: _____

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

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

Antécédents de: dengue/hépatite C/
vaccination contre fièvre jaune: ☐ oui, date: ____/____/____ lesquelles: _____ ☐ non ☐ inconnu

Evolution

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

Etat: ☐ guéri ☐ décès, date du décès: ____/____/____ ☐ séquelles: _____ ☐ autre: _____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: ☐ carnet de vaccination/dossier médical ☐ anamnèse

Vacciné contre
encéphalite à
tiques: ☐ oui, au total ____ doses ☐ non ☐ inconnu

dernière dose année/mois: ____/____ avec produit (nom commercial): _____

Exposition (durée d'incubation 2-28 jours)

☐ piqûre de tiques dans les 4 semaines avant le début de la maladie

☐ CH, détails du lieu: _____ ☐ séjour seulement à domicile

☐ étranger, pays: _____ ☐ inconnu

date d'exposition: ____/____/____ ☐ inconnu

☐ pendant activité professionnelle

☐ au service militaire

☐ transfusion sanguine dans les 4 semaines avant le début de la maladie, date de la transfusion: ____/____/____

institution (nom, adresse): _____

☐ autre

☐ inconnu

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

Remarques

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

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

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