



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

Fièvre du Nil occidental

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: ☐ fièvre ou fièvre selon données anamnestiques ☐ méningite ☐ encéphalite
☐ autre: _____ ☐ aucune

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

Laboratoire: nom/tél.: _____

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

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

séroconversion documentée: ☐ oui ☐ non

Evolution

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

Eat: ☐ décès: date: ____/____/____

Statut vaccinal ou maladie(s) antérieure(s)

	maladie antérieure?	vacciné/e?
Fièvre jaune:	☐ oui, année: _____	☐ oui, année: _____ ☐ non ☐ inconnu
Encéphalite à tiques:	☐ oui, année: _____	☐ oui, année: _____ ☐ non ☐ inconnu
Encéphalite japonaise:	☐ oui, année: _____	☐ oui, année: _____ ☐ non ☐ inconnu
Hépatite C:	☐ oui, année: _____	
Fièvre de dengue:	☐ oui, année: _____	

Exposition

temps d'incubation de 2-14 jours

Où: la personne a-t-elle séjourné à l'étranger durant les 14 jours précédant le début des symptômes? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
si **oui**, pays: _____ ☐ inconnu

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

Comment: ☐ piqûre de moustique
☐ contact avec des oiseaux
☐ transfusion sanguine/transplantation, date de la transfusion/transplantation: ____/____/____
institution (nom/adresse): _____
☐ autre: _____
☐ inconnu

Médecin

nom, adresse, tél.:

Remarques

Date: ____/____/____

Médecin cantonal

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

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