



## Brucellose

## 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 (indiquez s.v.p. TOUS les symptômes observés)

Manifestations:  fièvre  sueurs (surtout nocturnes)

frissons  arthralgie

céphalées  fatigue générale/faiblesse

dépression  perte d'appétit ou de poids

autre: \_\_\_\_\_  aucune  inconnu

Début des manifestations: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Laboratoire: nom/tél: \_\_\_\_\_

motif:  suspicion clinique  exposition  découverte fortuite  autre: \_\_\_\_\_

prélèvement: date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ matériel: \_\_\_\_\_

### Evolution

Hospitalisation:  oui, date d'entrée: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  non  inconnu

Etat:  décès, date du décès: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Exposition dans les 60 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation env. 5 - 60 jours)

Où:  CH  étranger, pays: \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date d'exposition: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ou date du retour en CH: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  inconnu

Comment:  repas ou boissons (détails): \_\_\_\_\_

contact avec un animal infecté: \_\_\_\_\_

autre: \_\_\_\_\_  inconnu

### Remarques

Médecin nom, adresse, tél/fax (ou timbre)

date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

Mesures:  non  oui: \_\_\_\_\_ date: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_