



S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

# 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./fax (ou timbre): \_\_\_\_\_

**Remarques**

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ signature: \_\_\_\_\_

### Médecin cantonal

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

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