



# Haemophilus influenzae, maladie invasive

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

## 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

Manifestations:  épiglottite  méningite  pneumonie  cellulite (altération phlegmoneuse de la peau)  arthrite  
 septicémie  autre: \_\_\_\_\_

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

Laboratoire: nom, tél.: \_\_\_\_\_

date de prélèvement: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ matériel:  sang  LCR  autre: \_\_\_\_\_

## Evolution

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

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

## Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après:  carnet de vaccination  médecin de famille  anamnèse

Vacciné contre Hib:  oui, avec \_\_\_\_\_ doses au total  non  inconnu

dose: produit (nom commercial): \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Facteurs de risque

- asplénie (anatomique / fonctionnelle)  
 immunodéficience congénitale<sup>b</sup>, laquelle: \_\_\_\_\_  
 immunodéficience acquise<sup>c</sup>, laquelle: \_\_\_\_\_  
 autres, lesquels: \_\_\_\_\_  
 aucun  
 inconnu

## Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre): \_\_\_\_\_

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

## Médecin cantonal

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

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

<sup>b</sup> p.ex.: agammaglobulinémie, déficit en complément C1-C3

<sup>c</sup> p.ex.: myélome multiple, leucémie, transplantation