

# Déclaration de résultats de laboratoire

## Feuille 1

Envoyer immédiatement à l'OFSP et au médecin cantonal.  
La transmission à l'OFSP se fait si possible par voie électronique.<sup>a</sup>  
Sinon, HIN secured à : report@hin.infreport.ch

**A déclarer dans les deux heures le résultat pos./nég. par téléphone**, envoyer au médecin cantonal et à l'OFSP le formulaire spécifique complémentaire (protocole additionnel). **Prière d'envoyer les échantillons au laboratoire désigné par l'OFSP.**

- Résultat exceptionnel d'analyses de laboratoire (s'applique aussi aux résultats d'analyse qui ne doivent pas être déclarés ou pas déclarés dans un délai de 2 heures)
- *Bacillus anthracis* (ne pas déclarer: résultats négatifs des prélèvements dans l'environnement)
- *Clostridium botulinum* (ne pas déclarer: le botulisme par blessure ou le botulisme infantile)
- Virus Influenza A(HxNy) nouveau sous-type avec potentiel pandémique (ne pas déclarer: résultats d'un test antigène rapide)
- Coronavirus MERS / SRAS
- Virus de la variole *Variola / Vaccinia*
- Fièvres hémorragiques virales avec transmission interhumaine (Ebola, Marburg, Crimée-Congo, Lassa)
- *Yersinia pestis*

### A déclarer dans le délai de 24 heures

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Virus de la variole du singe  | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite A   | <input type="checkbox"/> Virus de la rage <sup>b</sup><br>à la demande de l'autorité sanitaire, déclarer résultat négatif   |
| <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter spp.</i><br>à spécifier si connu: espèce   | <input type="checkbox"/> Virus de l'hépatite E<br>seulement génome (PCR)   | <input type="checkbox"/> Virus de la rubéole <sup>f, g</sup><br>à spécifier si connu: avidité des IgG et persistance des IgG au-delà de l'âge de 6 mois                         |
| <input type="checkbox"/> Virus du chikungunya  | <input type="checkbox"/> <i>Listeria monocytogenes</i> <sup>c</sup><br>à spécifier si connu: type  | <input type="checkbox"/> <i>Salmonella spp.</i><br>à spécifier si connu: espèce, type (tous les isolats n'appartenant pas au sérotype enteritidis doivent être envoyés au NENT) |
| <input type="checkbox"/> Corynébactéries produisant la toxine <i>C. diphtheriae</i> , <i>C. ulcerans</i> , <i>C. pseudo tuberculosis</i> ;<br>à spécifier si connu: type; gène de la toxine, PCR: <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif<br>toxine, Elek: <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif | <input type="checkbox"/> Virus de la rougeole <sup>g</sup><br>PCR (ARN): <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif   | <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <sup>g</sup><br>PCR (ARN): <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif  |
| <input type="checkbox"/> Virus de la dengue<br>ne pas déclarer: réactions immunologiques croisées évidentes  | <input type="checkbox"/> Complexe de <i>M. tuberculosis</i><br>veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique   | <input type="checkbox"/> <i>Shigella spp.</i><br>à spécifier si connu: espèce   |
| <input type="checkbox"/> <i>Escherichia coli</i> , entérohémorragique <sup>b</sup><br>EHEC, VTEC, STEC;<br>à spécifier si connu: sérotype et type de toxine  | <input type="checkbox"/> <i>Neisseria meningitidis</i> <sup>c, d, f</sup><br>microscopie: seulement diplocoques gram-nég. dans le LCR;<br>antigène: dans le LCR seulement;<br>à spécifier si connu: sérotype | <input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> <sup>c</sup><br>sérotype, mise en évidence de la toxine   |
| <input type="checkbox"/> Virus de la fièvre jaune <sup>b</sup><br>à la demande de l'autorité sanitaire, déclarer résultat négatif  | <input type="checkbox"/> Virus de la poliomyélite <sup>b</sup><br>à spécifier si connu: augmentation du titre $\geq 4x$ ou séroconversion  | <input type="checkbox"/> Virus du Nil occidental <sup>b</sup><br>le cas échéant: distinction WN/Kunjin, si WN informations sur le lignage (I ou II)                             |
| <input type="checkbox"/> Flambée de résultats d'analyses de laboratoire: _____<br>Ne pas déclarer nominalement. Sous "données supplémentaires", spécifiez le nombre de personnes, l'âge, la période, le lieu, etc.   |  | <input type="checkbox"/> Virus Zika <sup>e</sup>  |

### Diagnostic de laboratoire

Date de prélèvement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
jour mois année

Date de détection / date de test: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
jour mois année

Matériel analysé: \_\_\_\_\_

### Espèce, type, interprétation et données supplémentaires:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### méthode(s) de détection avec résultat positif:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> culture/isolat   | <input type="checkbox"/> microscopie  |
| <input type="checkbox"/> génome (ADN/ARN) | <input type="checkbox"/> toxine   |
| <input type="checkbox"/> antigène         |   |
| sérologie / anticorps                     | <input type="checkbox"/> séroconversion   |
|   | <input type="checkbox"/> IgM  |
|   | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> augmentation du titre $\geq 4x$ |
| <input type="checkbox"/> autre: _____     |   |

### Patient/e

en cas de *Campylobacter spp.* et Virus du Nil occidental, indiquer les initiales

Initiale nom: \_\_\_\_ initiale prénom: \_\_\_\_

sinon indiquer nom complet + rue

nom: \_\_\_\_\_ prénom: \_\_\_\_\_  
rue, n°: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sexe:  f  m

NPA/domicile: \_\_\_\_\_

canton: \_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Médecin mandant

Nom, adresse, tél., institution, service hospitalier:

### Laboratoire déclarant

nom, adresse, tél. (ou timbre):

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

<sup>a</sup> Informations sur la déclaration des maladies infectieuses : <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>c</sup> envoyer les isolats au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>d</sup> seulement à partir de matériel normalement stérile (tel que sang, liquide céphalo-rachidien, liquide articulaire; urine *exclue*)

<sup>e</sup> envoyer les échantillons provenant de femmes enceintes au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>f</sup> envoyer les échantillons avec résultat de PCR positif au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>g</sup> le cas échéant, rapporter d'autres résultats sous «méthode(s) de détection avec résultat positif»

# Déclaration de résultats de laboratoire

## Feuille 2

A envoyer dans un délai d'une semaine à l'OFSP et au médecin cantonal.  
La transmission à l'OFSP se fait si possible par voie électronique.<sup>a</sup>  
Sinon, HIN secured à : report@hin.infreport.ch

### A déclarer dans le délai d'une semaine

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Brucella spp.</b><br>à spécifier si connu: espèce   | <input type="checkbox"/> <b>Virus de l'hépatite B<sup>f</sup></b><br><input type="checkbox"/> IgM anti-HBc <input type="checkbox"/> Ag HBs <input type="checkbox"/> Ag HBe         | <input type="checkbox"/> <b>Prions<sup>e</sup></b><br><input type="checkbox"/> histologie <input type="checkbox"/> mise en évidence de PrP <sup>SC</sup><br><input type="checkbox"/> protéine 14-3-3 dans le LCR<br>en cas de suspicion de MCJ |
| <input type="checkbox"/> <b>Chlamydia trachomatis</b><br>ne déclarer que les résultats des échantillons<br>provenant des voies génitales; spécification<br>du type pas nécessaire | <input type="checkbox"/> <b>Virus de l'hépatite C<sup>f</sup></b><br><input type="checkbox"/> anti-VHC avec test de confirmation positif<br><input type="checkbox"/> antigène core | <input type="checkbox"/> <b>Streptococcus pneumoniae<sup>c, d</sup></b><br>à spécifier si connu: type  |
| <input type="checkbox"/> <b>Coxiella burnetii</b><br>seulement infections aiguës;<br>en cas de S: seulement IgG et IgM spécifiques<br>contre des antigènes de la phase II         | <input type="checkbox"/> <b>VIH</b><br>veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique   | <input type="checkbox"/> <b>Treponema pallidum</b><br>Ne cocher aucune méthode de détection.<br>Un test VDRL/RPR positif seul ou accompagné d'un<br>test spécifique négatif (TPHA/TPPA, FTA-Abs) ne<br>doit pas être déclaré.                  |
| <input type="checkbox"/> <b>Entérobactéries productrices<sup>b</sup><br/>de carbapénèmes (EPC)</b><br>à spécifier si connu: espèce, génotype et<br>autres résistances             | <input type="checkbox"/> <b>Virus de l'influenza, saisonniers</b><br>à spécifier si connu: type / sous-type  | <input type="checkbox"/> <b>Trichinella spiralis</b><br>à spécifier si connu: espèce   |
| <input type="checkbox"/> <b>Francisella tularensis</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Legionella spp.<sup>c</sup></b>  | <input type="checkbox"/> <b>Virus de l'encéphalite à tiques</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Haemophilus influenzae<sup>d</sup></b><br>à spécifier si connu: type  | <input type="checkbox"/> <b>Neisseria gonorrhoeae</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Hantavirus</b><br>à spécifier si connu: type  | <input type="checkbox"/> <b>Plasmodium spp.</b><br>à spécifier si connu: espèce  |  |

### Diagnostic de laboratoire

Date de prélèvement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
jour mois année

Date de détection / date de test: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
jour mois année

Matériel analysé: \_\_\_\_\_

### Espèce, type, interprétation et données supplémentaires:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### méthode(s) de détection avec résultat positif:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> culture/isolat   | <input type="checkbox"/> microscopie  |
| <input type="checkbox"/> génome (ADN/ARN) | <input type="checkbox"/> toxine   |
| <input type="checkbox"/> antigène         |   |
| sérologie / anticorps                     | <input type="checkbox"/> séroconversion   |
|   | <input type="checkbox"/> IgM  |
|   | <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> augmentation du titre ≥4x |
| <input type="checkbox"/> autre: _____     |   |

### Patient/e

en cas de *Coxiella burnetii*, VHB, VHC, *Legionella spp.*  
et Prions, indiquer **nom complet + rue**

sinon indiquer les **initiales**

Nom: \_\_\_\_\_ prénom: \_\_\_\_\_  
Rue, n°: \_\_\_\_\_

initiale nom: \_\_\_\_\_ initiale prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sexe:  f  m

NPA/domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_ pays de résidence, si pas CH: \_\_\_\_\_

### Médecin mandant

Nom, adresse, tél., institution, service hospitalier:

### Laboratoire déclarant

nom, adresse, tél. (ou timbre):

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

<sup>a</sup> Informations sur la déclaration des maladies infectieuses : <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

<sup>b</sup> envoyer les échantillons au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>c</sup> envoyer les isolats au centre de référence désigné par l'OFSP

<sup>d</sup> seulement à partir de matériel normalement stérile (tel que sang, liquide céphalo-rachidien, liquide articulaire; urine *exclue*)

<sup>e</sup> en cas de suspicion de vCJK: prière d'envoyer l'échantillon au laboratoire désigné par l'OFSP

<sup>f</sup> le cas échéant, rapporter un résultat positif de PCR sous «génom (ADN/ARN)»