



## Protocole d'une déclaration initiale par téléphone\*

\*A remplir en cas de suspicion d'anthrax, de botulisme, de variole, de peste, d'Influenza A(HxNy) nouveau sous-type, de SRAS, de fièvres hémorragiques virales (FHV) ou résultat exceptionnel d'analyse clinique.

**Ce protocole doit être rempli par le médecin cantonal (exceptionnellement, aussi par l'OFSP). Il faut veiller à ce que l'OFSP reçoive la déclaration dans les 2 heures qui suivent la constatation de la suspicion, resp. du résultat (copie fax au 058 463 87 77).**

Symboles: ?=inconnu; MH= Médecin hospitalier; MC= Médecin cantonal

### Patient/e

Nom, prénom: \_\_\_\_\_ date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexe:  f  m activité professionnelle: \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_  
Nationalité:  CH  autre: \_\_\_\_\_ domicile:  CH  étranger: \_\_\_\_\_  
Si CH: adresse de domicile: \_\_\_\_\_ canton: \_\_\_\_\_

### Diagnostic de suspicion (conformément à la définition de cas de l'OFSP)

Anthrax (maladie du charbon)  forme cutanée  autre forme: \_\_\_\_\_  
 Botulisme  botulisme alimentaire  \_\_\_\_\_  
 Fièvres hémorragiques virales  Lassa  Ebola  \_\_\_\_\_  
 Peste  Marburg  Crimée-Congo  \_\_\_\_\_  
 Peste  peste pulmonaire  peste bubonique  \_\_\_\_\_  
 Influenza A(HxNy)  
 SRAS  
 Variole  
 Résultat exceptionnel d'analyse clinique : \_\_\_\_\_

Infectiologue consulté(e): \_\_\_\_\_ tél.: \_\_\_\_\_

### Exposition (conformément à la définition de cas de l'OFSP)

Hôpital, cabinet  laboratoire  voyage  
 ferme, marché des animaux, vétérinaire  autre: \_\_\_\_\_  
Pays/lieu de l'exposition: \_\_\_\_\_

### Mesures immédiates

Patient/e				si non, seront exécutées par <sup>a</sup> :		
Hôpital (nom, tél, fax) _____						
Isolement du/de la patient/e effectué?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
Traitement spécifique instauré?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
<b>Diagnostic</b>						
Laboratoire (nom, tél, fax) _____						
Laboratoire informé au préalable?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
<b>Prévention d'autres cas</b>						
Mesures de protection du personnel médical instaurées?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
si oui, lesquelles? _____						
Mesures de protection des personnes de contact instaurées?						
- Contacts identifiés	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
- Contacts informés	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
- Prophylaxie administrée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
- Quarantaine préventive	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
- Assistance médicale garantie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
Désinfection de l'environnement?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____

### Remarques

Personne ayant enregistré la déclaration \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

<sup>a</sup> Veuillez convenir de la personne qui met en oeuvre les mesures, resp. qui les assure!