



Tétanos

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 (si tétanos exclu: ne plus remplir le questionnaire et le retourner)

Diagnostic: tétanos sur blessure tétanos néonatal autre: _____

Manifestation: inconnu opisthotonos trismus autre: _____

Début des manifestations: date: ___/___/___ inconnu

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ___/___/___ date de sortie: ___/___/___ non inconnu

Etat: décès, date: ___/___/___

Antitoxine: oui, date du début: ___/___/___ dose: _____ non inconnu

Antibiotique: oui, date du début: ___/___/___ nom commercial de produit: _____ non inconnu

Statut vaccinal avant le début de la maladie

D'après: carnet de vaccination anamnèse

Vacciné contre le tétanos: oui, avec ___ doses au total non inconnu

1^{re} dose date: ___/___/___ avec produit (nom commercial): _____

2^e dose date: ___/___/___ avec produit (nom commercial): _____

3^e dose date: ___/___/___ avec produit (nom commercial): _____

Dernière dose date: ___/___/___ avec produit (nom commercial): _____

Exposition dans les 4 semaines avant le début de la manifestation (durée d'incubation ~ 3-21 jours)

Où: CH étranger, pays: _____ lieu: _____ inconnu

Quand: date d'exposition: ___/___/___ ou date d'entrée en CH: ___/___/___ inconnu

Comment: blessure: type, localisation _____ inconnu

nouveau-né: statut vaccinal et parité de la mère, lieu de naissance: _____

autre: _____

Activité professionnelle: _____

Remarques

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

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: ___/___/___ signature: _____