



Rage

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: __/__/____ sexe: f m

Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Manifestations: encéphalomyélite aiguë délire crises épileptiques anxiété
 paresthésie à l'endroit de la morsure spasmes musculaires à la déglutition hydrophobie parésie ou paralysie

Début des manifestations: date: __/__/____ inconnu

Laboratoire: Nom/tél.: _____

Prélèvement: date: __/__/____ matériel: _____

Résultat^b: immunofluorescence: pos. nég. inconnu

histologie: pos. nég. inconnu

virus en culture du matériel: _____

Evolution

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

Etat: décès, date: __/__/____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

D'après: carnet de vaccination anamnèse

Vacciné contre la rage: oui, avec ___ doses au total non inconnu administration d'immunoglobulines

dernière dose en année/mois: _____ avec produit (nom commercial): _____

Prophylaxie post-expositionnelle: oui, début le: __/__/____ active passive inconnu

Exposition

≤1 an avant le début de la manifestation (durée d'incubation 30-365 jours)

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

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

Comment: de l'animal à l'homme: _____

de personne à personne: _____

inconnu

Personnes exposées: oui, lesquelles: _____ nombre: _____ non inconnu

s.v.p. lister les noms et adresses des individus exposés, qui vous sont connus:

Remarques

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

Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: __/__/____ signature: _____

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

^b s.v.p. joindre copie des résultats