



# Fièvres hémorragiques virales

transmises de personne à personne

Déclaration de résultats d'analyses cliniques  
En complément à la déclaration téléphonique qui doit  
être faite dans les 2 heures.

S.v.p. à remplir et renvoyer par  
retour du courrier à : OFSP et au  
médecin cantonal.<sup>a</sup>  
Fax OFSP: +41 58 463 87 77

## 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

Diagnostic:  Ebola (*veuillez s.v.p. utiliser le formulaire spécifique*)  Marburg  Crimée-Congo  Lassa

autres Arena virus: \_\_\_\_\_

Manifestation:  signes hémorragiques  fièvre max.: \_\_\_ °C

autre: \_\_\_\_\_  aucune

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

Laboratoire (nom/tél.): \_\_\_\_\_

motif:  suspicion clinique  exposition  autre: \_\_\_\_\_

prélèvement: date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ matériel: \_\_\_\_\_

résultat:  virus confirmé en culture  test génomique pos.  séroconversion

## Evolution

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

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

## Exposition

≤3 semaines avant le début de la manifestation

Avant le diagnostic, la personne a-t-elle séjourné dans une zone endémique connue?  oui  non  inconnu

si oui:  à l'étranger  pays: \_\_\_\_\_ lieux: \_\_\_\_\_  inconnu

Quand: date du dernier départ à l'étranger: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ date du retour en CH: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  inconnu

si non:  CH  régions: \_\_\_\_\_ lieux: \_\_\_\_\_  inconnu

Comment:  contact avec patient  séjour rural  autre: \_\_\_\_\_  inconnu

Autres personnes exposées:  oui, détails: \_\_\_\_\_ nombre: \_\_\_  non  inconnu

## Remarques relatives aux mesures prises

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

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

## Médecin cantonal

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