



# Infection au virus Zika

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).<sup>a</sup>

## 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:  exanthème  fièvre  conjonctivite  arthralgie  myalgie

symptômes neurologiques<sup>b</sup>: \_\_\_\_\_

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

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

Grossesse en cours?  oui  non

**si oui:** → envoyer les échantillons au CRIVE<sup>c</sup>

→ gynécologue traitant ou centre spécialisé (médecine foeto-maternelle) (nom, adresse): \_\_\_\_\_

Laboratoire: nom/tél.: \_\_\_\_\_

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

séroconversion documentée:  oui  non

## Maladie(s) antérieure(s) ou statut vaccinal

	maladie antérieure?	vacciné/e?
Fièvre jaune:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
Encéphalite à tiques:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
Encéphalite japonaise:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu
Hépatite C:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	
Fièvre du Nil occidental:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	
Fièvre de dengue:	<input type="checkbox"/> oui, année: _____ <input type="checkbox"/> non	

## Exposition

durée d'incubation: 3 – 12 jours

La personne a-t-elle été exposée à l'étranger durant les 12 jours précédant le début des symptômes?  oui  non  inconnu

si **oui**, pays visité(s), dans l'ordre décroissant de probabilité de l'infection:

1.: \_\_\_\_\_ 2.: \_\_\_\_\_ 3.: \_\_\_\_\_

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

si **non**, où la personne a-t-elle pu le plus probablement être infectée? lieu: \_\_\_\_\_  inconnu

La personne a-t-elle été exposée lors d'un rapport sexuel non protégé?  oui  non  inconnu

## Remarques

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

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

## Médecin cantonal

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

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

<sup>b</sup> p.ex. Syndrome de Guillain-Barré

<sup>c</sup> CRIVE = Centre national de Référence des Infections Virales Emergentes (<http://virologie.hug-ge.ch>)