



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

Maladies à déclaration obligatoire

Cours d'introduction aux médecins, 9 novembre 2018

Evelyne Huber, infirmière de santé publique

Sommaire

1. Exemple _ introduction
2. Bases légales
3. Maladies à déclarations obligatoires
4. Documents de référence _ ressources
5. Exemples

Introduction _ exemple



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit

REQUEULE

- 9 SEP. 2016 -

2016
Vorleser

Bitte ausgefüllt innerhalb 24h
an Kantonsärztin/-arzt senden
(nicht direkt ans BAG).^a

Enterohämorrhagische Escherichia coli – Infektion (EHEC, VTEC, STEC)

Meldung zum klinischen Befund

Patient/in

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: w m
Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____ Kanton: **FR** Tel.: _____
Nationalität: CH andere: _____ Wohnsitzland, falls nicht CH: _____

Diagnose und Manifestation (bitte ALLE beobachteten Symptome ankreuzen)

Manifestationen: Durchfall Bauchschmerzen
 akutes Nierenversagen und einer der folgenden zwei Befunde:
 Mikroangiopathische hämolytische Anämie
 Thrombozytopenie
 andere: _____ keine unbekannt

Manifestationsbeginn: Datum: **15.8.2016** unbekannt

Labor: Name/Tel.: **MCL 0800 625 625**

Anlass: klinischer Verdacht Exposition Zufallsbefund anderer: _____

Entnahme: Datum: **26.8.2016** Material: **Stuhl**

Resultat (Bitte beschreiben oder Befundkopie beilegen): **EHEC positiv** ausstehend

Verlauf

Hospitalisation: ja, Eintrittsdatum: _____ Austrittsdatum: _____ nein unbekannt

Zustand: Tod, Datum: _____

Exposition

≤10 Tage vor Manifestationsbeginn (Inkubationszeit 2-10 Tage)

Wo: CH Ausland, Land: _____ Ort: _____ unbekannt

Wann: Expositionsdatum: **14.8.2016** oder Datum der Einreise in CH: **14.8.2016** unbekannt

Wie: durch Speise/Getränke: **Fondue, Meringue, Schlagsahne** unbekannt

durch Kontakt mit Patient/Träger: _____

durch Kontakt mit Vieh, Tierkot oder Dünger: _____ unbekannt

Exponierte Personen: ja, welche: _____ wie viele: _____ keine unbekannt

Berufliche Tätigkeit: _____

Bemerkungen
Weitere Kontrollen bei Hausärztin

Fr. Dr. med. B. B. 14.8.2016

Arzt/Ärztin Name, Adresse, Tel., Fax (oder Stempel): _____

Datum: **6.9.2016** Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Massnahmen: nein ja: _____ Datum: **12.9.16** Unterschrift: **Thomas PLATTNER** _____

^a Aktuelle Formulare abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/infreporting>

Thomas PLATTNER, MPH
Spécialiste FMH en médecine légale
Médecin cantonal adjoint
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne
Tél. 026 308 79 90 Fax 026 308 79 81
e-mail: thomas.plattner@fr.ch

Bases légales

Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, Lep)
du 28 septembre 2012

Art.2 But : ... prévenir et combattre l'apparition et la propagation des maladies transmissibles

Art.12 Obligation de déclarer : Les **médecins**, ... sont tenus de déclarer ... les observations liées à des maladies transmissibles, y compris les informations permettant d'identifier les personnes malades, infectées ou exposées et de déterminer la voie de transmission.

Bases légales

Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur les épidémies, Oep)
du 29 avril 2015

Art. 6 Déclarations de résultats d'analyses cliniques (médecins)
(diagnostic, exposition, statut vaccinal/immunitaire, appartenance à un groupe à risque, mesures prises, coordonnées patient, etc..)

Art. 7 Déclarations complémentaires des résultats d'analyses cliniques (médecins)
(informations sur l'évolution et les mesures mises en œuvre)

Art. 9 Déclarations de résultats d'analyses épidémiologiques
(flambées de cas)

Art. 8 Déclarations de résultats d'analyses de laboratoire

Bases légales

Ordonnance du DFI sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme

Du 1^{er} décembre 2015

Mise à jour annuelle

Détails de la déclaration :

- Liste des maladies à déclaration obligatoire
- Délai de déclaration (**les délais en heures s'appliquent aussi en dehors des jours ouvrables**)
- Critères de déclaration (suspicion, résultat positif d'analyse de laboratoire)
- Détail des données (personne, observation)

Bases légales

Loi sur la santé (Lsan)

du 16 novembre 1999

Art. 119 b) Déclaration obligatoire

Les professionnels de la santé soumis à l'obligation de déclarer les maladies transmissibles et les zoonoses doivent, dans les délais, annoncer respectivement au ou à la médecin cantonal-e et au ou à la vétérinaire cantonal-e les cas de maladies prévues dans la législation fédérale.

...

et il n'existe aucune base légale concernant le dédommagement de cette déclaration obligatoire pour les médecins.

Maladies à déclaration obligatoire

Que / quoi déclarer ?

- ... la liste des **maladies à déclaration obligatoire** se trouve sur le site de l'OFSP
- ... toute **flambée de cas ou événement exceptionnel**

Pourquoi ?

- ... recenser tous les cas (statistiques/évolution)
- ... contrôler la propagation (intervention)

Maladies à déclaration obligatoire

A qui déclarer ?

- **Au service du médecin cantonal**

Quand déclarer ?

- **Dès que le critère de déclaration respectif est rempli**, dans les 2 heures, 24 heures ou 1 semaine
- La déclaration se fait **spontanément par le médecin**, sauf pour les résultats d'analyse clinique pour les hépatites B et C et la syphilis, ainsi que pour le questionnaire complémentaire de la tuberculose, où la déclaration se fait, dans un délai d'une semaine, suite à une demande du SMC.

Maladies à déclaration obligatoire

Comment déclarer ?

A l'aide d'un formulaire de déclaration, selon le délai prévu, par :

- Fax : **026 305 79 93**
- Courrier : **Confidentiel**
Service du médecin cantonal
Dr Chung-Yol Lee, médecin cantonal
Route de Villars 101
1752 Villars-sur-Glâne
- Téléphone : **026 305 79 80**
(suspicion de) agent pathogène à déclarer dans les 2 heures

Déclarations des maladies infectieuses

Situation à la fin de la 14^e semaine (10.4.2018)^a

- Declarations des médecins et des laboratoires selon l'ordonnance sur la déclaration. Sont exclus les cas de personnes domiciliées en dehors de la Suisse et de la principauté de Liechtenstein. Données provisoires selon la date de la déclaration. Les chiffres écrits en gris correspondent aux données annualisées: cas/an et 100000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.
- Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella www.baq.admin.ch/report-grippe.
- N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.
- Femmes enceintes et nouveau-nés.
- La déclaration obligatoire d'infection à virus Zika a été introduite le 7.3.2018.
- Inclus les cas de diphtérie cutanée et respiratoire, actuellement il y a seulement des cas de diphtérie cutanée.

Maladies infectieuses:

Situation à la fin de la 14^e semaine (10.4.2018)^a

	Semaine 14			Dernières 4 semaines			Dernières 52 semaines			Depuis début année		
	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016	2018	2017	2016
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	5 3.10	4 2.50	2 1.20	14 2.20	10 1.50	13 2.00	138 1.60	110 1.30	100 1.20	60 2.60	33 1.40	40 1.80
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers ^b	372 228.70	11 6.80	169 103.90	2235 343.60	173 26.60	1215 186.80	14768 174.60	9625 113.80	3596 42.50	13299 584.10	7832 335.20	3317 145.70
Légionellose	6 3.70	3 1.80	6 3.70	28 4.30	24 3.70	18 2.80	518 6.10	374 4.40	397 4.70	105 4.60	78 3.40	69 3.00
Meningocoques: maladie invasive				9 1.40	7 1.10	3 0.50	54 0.60	63 0.70	41 0.50	30 1.30	31 1.40	18 0.80

Documents de référence _ressources

Comment se rappeler?

Site internet de l'OFSP :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

Notamment le flyer

le guide de la déclaration

les formulaires de déclaration

Site internet du SMC :

<https://www.fr.ch/smc/sante/prevention-et-promotion/declaration-obligatoire-de-maladies-transmissibles-pour-les-medecins>

Exemples

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten-meldepflichtige-ik/meldeformulare.html>

The screenshot shows a web browser displaying the OFSP website. The URL is <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infekt.html>. The page title is "Formulaire de déclaration". The main content area shows two tables for declaration forms. The first table is for "Déclaration de résultats d'analyses cliniques" and "Déclaration de résultats d'analyses de laboratoire". The second table lists various infectious diseases with their respective pathogen agents and links for more information. A red circle highlights the "résultats d'analyses cliniques" column header in the first table.

		Déclaration de	
		résultats d'analyses cliniques	résultats d'analyses de laboratoire
Événement exceptionnel	link	link	
Flambée de cas	link	link	

		Déclaration de	
Maladies A-Z	Agents pathogènes	résultats d'analyses cliniques	résultats d'analyses de laboratoire
Botulisme	<i>Clostridium botulinum</i>	Info	link
Brucellose	<i>Brucella</i>		link
Campylobactérose	<i>Campylobacter</i>		Info
Charbon	<i>Bacillus anthracis</i>	Info	link
Chikungunya	Virus du chikungunya	link	link
Chlamydirose	<i>Chlamydia trachomatis</i>		Info



Légionellose

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Nom/prénom:

date de naissance:

sexe: f m

Rue:

Ville/commune:

canton:

tel.:

Nationalité: CH autre:

pays de résidence, si pas CH:

Diagnostic et manifestation

Diagnostic: Pneumonie à Legionella: oui non, autre:

Facteurs de risque: tabagisme immunosuppression cancer/hémopathie diabète
 autre:

aucun inconnu

Début de la manifestation:

date: 10.2.2018 inconnu

Test rapide:

antigène urinaire: positif négatif

Laboratoire:

nom/ville: PROMED

prélèvement: date: 8.3.18 matériel:

Evolution

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

Etat: décès, date du décès: ____/____/____

Exposition

Veuillez indiquer par une croix les lieux dans lesquels la personne s'est rendue ou les installations auxquelles elle a été exposée dans les 14 jours précédant le début de la maladie. Reportez ensuite le numéro entre parenthèses dans le tableau ci-dessous et donner les détails correspondants.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> lieu de travail (N° 1) | <input type="checkbox"/> maison de retraite (N° 6) | <input type="checkbox"/> tour aéroréfrigérante (N° 15) |
| <input type="checkbox"/> hôtel ^b (N° 2) | <input type="checkbox"/> bains (N° 9) | <input type="checkbox"/> station de lavage de véhicules (N° 16) |
| <input type="checkbox"/> camping ^b (N° 3) | <input type="checkbox"/> dentiste (N° 10) | <input type="checkbox"/> système d'arrosage (N° 17) |
| <input type="checkbox"/> résidence secondaire ^b (N° 4) | <input type="checkbox"/> humidificateur (N° 11) | <input type="checkbox"/> travail sanitaire (N° 18) |
| <input type="checkbox"/> hôpital:
<input type="checkbox"/> comme patient (N° 5a)
<input type="checkbox"/> comme visiteur (N° 5b) | <input type="checkbox"/> inhalateur (N° 12) | <input type="checkbox"/> mélange pour plantes en pot (N° 19) |
| <input type="checkbox"/> inconnue | <input type="checkbox"/> fontaines décoratives (N° 14) | <input type="checkbox"/> autres (ex. douche dans un bâtiment scolaire) (N° 20): |

inconnue

N°	Date	Lieu / nom de l'établissement	Adresse exacte
du: 10.2.18		Loèche-Les Bains	Rue: _____ N°: _____
au: 17.2.18			Localité: Loèche-Les Bains
du: ____/____/____			Rue: _____ N°: _____
au: ____/____/____			Localité: _____ Pays: _____

Autres cas connus: oui, détails: _____

nombre: _____ non inconnu

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

signé

Date: 23.3.18 signature: _____

Médecin cantonal

unité cantonale des maladies
transmissibles du Valais
contacter 34.18

Doktor Emmanuelle CHA

Médecin scolaire cantonal
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-
Ollon
Tél. 026 305 79 80 Fax 026 305 79 81
e-mail: Emmanuelle.Cha@valais.ch

Measures: non oui: _____

Date: 29.3.18 signature: 

* formulaires: versions actualisées disponibles sous www.beg.admin.ch/infreporting

^b si le voyage comporte plusieurs étapes, veuillez donner le détail du parcours (lieu, hôtel, dates).



Encéphalite à tiques

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).*

Patient/e

Initial nom: B initiale prénom: F

date de naissance: _____

sexe: f m

NPA/domicile: 1609 BESENCENS

canton: FR

Nationalité: CH autre: _____

pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic: méningite méningoencéphalite encéphalomyélite radiculite autre: _____

Manifestations: à l'endroit de la piqûre de tique grippe autre: _____ aucun inconnu

Début des manifestations: date: 17/7/16

inconnu

Laboratoire: nom/tél.: MEDITEST 021 925 40 20

motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre: _____

prélèvement: date: 18/7/16 matériel: Sang

Résultat: IgM pos dans sérum IgG pos augmentation de titre/conversion IgM pos dans LCR

autre: _____

Antécédents de: dengue/hépatite C/ vaccination contre fièvre jaune: oui, date: / / lesquelles: _____ non inconnu

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: 13/7/16 date de sortie: 23/7/16 non inconnu

Etat: guéri décès, date du décès: / / équelles: ÉTATIQUE / ÉG. TIAQUE autre: _____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination/dossier médical anamnèse

Vacciné contre encéphalite à tiques: oui, au total _____ doses non inconnu
dernière dose année/mois: / / avec produit (nom commercial): _____

Exposition (durée d'incubation 2-28 jours)

Piqûre de tiques dans les 4 semaines avant le début de la maladie: oui, vers date: 30/6/16 non inconnu
si «oui», pays: CH, détails du lieu: BESENCENS / FAUGGERE (PISTE VITA)

Séjour dans la nature dans les 4 semaines avant le début de la maladie: CH, indiquer tous les lieux: _____ seulement à domicile

étranger, pays: _____ non inconnu

CH, indiquer tous les lieux: _____ non inconnu

étranger: _____ promenade

travaux forestiers jardinage chasse jogging course d'orientation groupe de jeunesse

randonnée cueillette de champignons militaire camping école enfantine en forêt aucun inconnu

autre: _____

AGRICULTEUR

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

Remarques
Sér. Lyme nég!
(DANS LA RÉGION AUTRE CAS DOCUMENTÉ
AUX THIOLEYRES) (CET ÉTÉ)

Date: 3/8/16 signature: _____

Médecin cantonal

Villars-sur-Glâne, le _____

date: _____

signature: _____

Measures: non oui: _____

date: _____ signature: _____

Dr Thomas PLATTNER, 2016vt

Médecin cantonal adjoint

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

Tél. 026 305 79 80 Fax 026 305 79 81

e-mail: thomas.plattner@...



Hépatite B

Déclaration du résultat d'analyse clinique

Patient/e nom/prénom: _____
Genre: f m trans (MtF) trans (FtM) VDS^b
NP/Adomicile: _____ canton: Fribourg pays de résidence, si pas CH: Suisse
Nationalité: CH autre: portugais pays d'origine: CH autre: Portugal

Diagnostic et manifestation: Diagnostic connu depuis plus d'une année par le médecin ou le/la patient/e: oui (année): _____
J'ai déjà entièrement rempli et envoyé une déclaration pour cette patient/e: oui
Si oui, veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite.

Date du diagnostic: 5/3/18 (documenté)

Manifestations actuelles: ictere transaminases ≥ 2.5x ↑ autre: _____ aucune inconnu

Début de la manifestation: date: 1/3/18 inconnu

Laboratoire: nom/télé: l'isole - laboratoire

Motif: suspicion clinique exposition dépistage autre: _____ inconnu

Séroconversion documentée*: oui, date de la dernière sérologie anti-HBc négative: / / non inconnu

Evolution: aiguë chronique cirrhose hépatocarcinome

Hospitalisation: oui non inconnue si oui, motif: hépatite B autre

Thérapie: oui non si oui: interféron antiviral

Etat: décès, date: / / cause de décès: hépatite B autre cause inconnu

Statut vaccinal

Vacciné-e contre l'hépatite B: oui, total de doses: 3 non inconnu

vaccin (nom commercial), 1^{re} dose: Engavax B

date: 9/01/98

vaccin (nom commercial), dernière dose: Engavax B

date: 15/06/18

A votre avis, le patient était-il déjà infecté avant la vaccination? oui non pas clair

Exposition au cours des 6 derniers mois avant le début des manifestations (ou au moment présumé de l'infection)

Où: CH étranger, pays: Cap Vert en Janvier 2018 inconnu

Quand: date d'exposition: / / inconnu

Comment: contact avec personne infectée: dans la famille sur le lieu de travail: _____

contact sexuel avec personne infectée: femme homme transgenre

consommation de drogues par injection ou sniff

transfusion(s), année(s): _____

dialyse

profession de la santé: _____

autre: _____

inconnu/aucune voie de transmission identifiable

Personnes exposées: oui non inconnu si oui: partenaire sexuel membres d'un ménage

enfant à naître ou nouveau-né autres: _____

Activité professionnelle: _____

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

Date: 20/3/18 signature: _____

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: _____

Médecin cantonal

Dresse Emmanuelle CHAULIAU
Médecin scolaire cantonal
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

Mesures: non oui tél. 026 305 79 49 - Fax 026 305 79 41

Date: 28/3/18

signature: E.Caulier

* formulaires: versions actualisées disponibles sur www.ofsp.ch/admin/checkbox/reporting

^b VDS = Variation du développement sexuel (intersexé)

^c si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine

^d analyse de dépistage, resp. préventive dans des groupes à risque spécifique, p.ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang ou participants à une étude

sérologie antérieure négative anti-HBc documentée, joindre s.v.p. une copie du résultat

Hépatite C

Déclaration du résultat d'analyse clinique

Patient/e nom/prénom: _____

Genre: f m trans (MIF) trans (FtM) VDS^b

NPA/domicile: _____

Nationalité: CH autre: _____

Date de naissance: 30.11.1963

canton: PL pays de résidence, si pas CH: _____

pays d'origine^c: CH autre: _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic connu depuis plus d'une année par le médecin ou le/la patient/e: oui (année): 2015 non
J'ai déjà entièrement rempli et envoyé une déclaration pour ce(tte) patient/e: oui
Si oui, veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite.

Date du diagnostic: _____ (documenté)

Manifestations actuelles: ictere transaminases ≥ 2,5x 1 autre: _____ aucune inconnu

Début des manifestations: date: _____ inconnu

Laboratoire: nom/île: _____

Motif: suspicion clinique exposition dépistage^d autre: _____ inconnu

Séroconversion documentée^e: oui, date de la dernière sérologie négative: _____ non inconnu

Evolution aiguë chronique cirrhose hépatocarcinome

Hospitalisation: oui non inconnu si oui, motif: hépatite C autre

Thérapie: oui non si oui: interféron antiviral

Etat: décès, date: _____ cause de décès: hépatite C autre cause inconnu

Statut vaccinal

Vacciné/e contre l'hépatite A: oui non inconnu vacciné contre l'hépatite B: oui non inconnu

Exposition au cours des 6 derniers mois avant le début des manifestations (ou au moment présumé de l'infection)

Où: CH étranger, pays: _____ inconnu

Quand: date d'exposition: _____ inconnu

Comment: contact avec personne infectée: dans la famille sur le lieu de travail: _____

contact sexuel avec personne infectée: femme homme transgenre

consommation de drogues par injection ou sniff

transfusion(s), année(s): _____

dialyse

profession de la santé: _____

autre: _____

inconnu/aucune voie de transmission identifiable

Personnes exposées: oui non inconnu si oui: partenaire sexuel membres d'un ménage

enfant à naître ou nouveau-né autres: _____

Activité professionnelle: _____

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

Date: 22.2.2018 signature: _____

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____

Date: 26.2.2018

Dresse Emmanuelle CHAULIAC
Médecin scolaire cantonal
Rue de Vully 101, 1752 Villars-sur-Glâne
Tél. 026 304 79 80 Fax 026 304 79 81
e-mail: Emmanuelle.Chauliac@fr.ch 2018v1

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous www.bag.admin.ch/intreporting

^b VDS = Variation du développement sexuel (intersexé)

^c si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine

^d analyse de dépistage, resp. préventive dans des groupes à risque spécifique, p.ex. femmes enceintes, recrues, donneurs de sang ou participants à une étude

^e sérologie antérieure négative anti-VHC documentée, joindre s.v.p. une copie du résultat

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Google (2) SPS Service de la prévoa... veilleur - Französisch - De... Google intra Portail Intranet - Eta... Suggested Sites Page d'accueil - Ligue pul...

Sida	VIH	pdf	
SRAS	SRAS Coronavirus	> Info	pdf
Syphilis	<i>Treponema pallidum</i>	pdf	pdf
Tétanos	<i>Clostridium Tetani</i>	pdf	
Trichinellose	<i>Trichinella spiralis</i>	pdf	pdf
Tuberculose	<i>Mycobacterium tuberculosis-complexe</i>	▼ Info	pdf

Formulaire de déclaration

[Déclaration de résultats d'analyses cliniques](#)

Déclaration complémentaire:

- [TB-MR: résistante à l'isoniazide et à la rifampicine](#)
- [Sans multirésistance: souche sensible à l'isoniazide et à la rifampicine](#)

Tularémie	<i>Francisella tularensis</i>	pdf	> Info
Variole	<i>Variola</i>	> Info	pdf
Zika	Virus Zika	pdf	> Info

^a sans Influenza A(H1N1), apparu pour la première fois en avril 2009

Dernière modification 12.12.2016

[▲ Début de la page](#)

[f](#) [t](#) [g+](#) [x](#) [in](#)

Actualités

[A la une](#)

Thèmes

[Santé humaine](#)

Services

[Législation](#)

L'OFSP

[Mission & objectifs](#)



REÇU le 16 MAR. 2018

2018

A renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal^a (pas directement à l'OFSP).^b

Tuberculose (TB)

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/ie

Nom/prénom:

Rue:

NPA/domicile:

date de naissance: 04/01/1971 sexe: ♂ m

canton: FR tél.:

Pays de résidence, si pas CH:

Nationalité: CH autre:

pays de naissance: Suisse

Pour les personnes dont la nationalité/pays de naissance autre que CH, date d'entrée en Suisse (mois/année):

Diagnostic et manifestation

Organes atteints:

poumons

ganglions intrathoraciques

ganglions extrathoraciques

plèvre

méninges

SNC (sauf méninges)

système urogénital

péritoine / tractus digestif

forme disséminée

vertèbres

os / articulations (sans vertèbres)

autres localisations:

Laboratoire:

nom/télé:

Si plusieurs examens de laboratoire sont réalisés sur le même type d'échantillon et que les résultats sont discordants, ne rapporter (cocher) que les résultats positifs.

Expectations

Sécrétions bronchiques/liquide de lavage bronchique

PCR directe (p. ex. Xpert)

pos neg attendue pas réalisée

Microscopie

pos neg attendue pas réalisée

Culture

pos neg attendue pas réalisée

Autre échantillon:

Evolution

Anamnèse:

Une TB a-t-elle déjà été diagnostiquée antérieurement?

oui non inconnu

Si oui, date du diagnostic (mois/année):

1/2018 inconnu

La personne a-t-elle reçu par le passé un traitement antituberculeux pendant au moins un mois?

oui non inconnu

Si oui, quand (mois/année):

1/2018 inconnu

Traitements actuels:

Date de début du traitement (ou du diagnostic si aucun traitement instauré):

01/01/2018

Médicaments au début du traitement:

Isoniazide Rifaïmpicine Pyrazinamide Ethambutol

autres antituberculeux:

Si aucun traitement, décès avant le début du traitement?

oui non

Remarques:

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

Date: 15.03.2018 signature:

Médecin cantonal

Mesures:

non

oui:

Enquête d'enquête

^a le canton de résidence de la personne fait référence, si le canton de résidence tuberculose confirmée en culture ainsi que tous les autres cas pour lesquels formulaires: versions actualisées disponibles sous www.bag.admin.ch/intre

Si MDR_TB

Info par l'OFSP à la Ligue pulmonaire suisse qui invite le médecin traitant à présenter le cas de manière anonymisée à un Closed-User-Group pour garantir le bon traitement.



2016
bureau et blanc

À renvoyer rempli d'ici une
semaine au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).^a

Tuberculose (TB)

Déclaration complémentaire

TB sans multirésistance: souche sensible à l'isoniazide et à la rifampicine

Les informations sur le résultat du traitement sont demandées 12 mois après le début du traitement.

Patient/e

Nom/prénom: Dany S. de Farha

date de naissance: 11/11/1981 sexe: f m

Evolution

Date de début du traitement: 19.3.2016

10.9.2016

Date de fin du traitement initialement prévue: 10.9.2016

Date de fin effective du traitement (dernière dose d'antituberculeux): 10.9.2016

Résultat du traitement

S.v.p. ne cocher que le premier résultat atteint:

- Guérison:** traitement suivi et documenté sur la durée prévue, avec négativisation de la culture
- Traitemenachevé:** traitement suivi et documenté sur la durée prévue, mais sans évidence laboratoire de la négativisation de la culture
- Interruption ou arrêt du traitement:** interruption du traitement par le patient pendant au moins 2 mois consécutifs ou abandon
raison: _____
- Echec thérapeutique:** après ≥ 5 mois de traitement, cultures toujours positives ou à nouveau positives
- Patient/e décédé/e avant le début ou pendant le traitement de la tuberculose,**
cause du décès: TB autre cause
- Transfert du / de la patient/e pour traitement ou suite de traitement et aucun résultat de traitement disponible:**
nom du médecin: _____ n° tél.: _____
adresse du cabinet / de l'hôpital: _____ e-mail: _____
- Patient/e encore sous traitement 12 mois après le début du traitement et aucun autre résultat du traitement de la liste ci-dessus ne s'applique**
- Inconnu:** pas de données sur le résultat du traitement, raison: _____

Remarques

Médecin traitant

nom, adresse, tél./fax (ou timbre):

Date: 4.4.16

signature: _____

Médecin cantonal

Date: 14.4.16

signature: _____

Thomas PLATTNER, MPH
Spécialiste FMH en médecine légale
Médecin cantonal adjoint
Rte de Villars 1011 1752 Villars-sur-Glâne
Tél. 026 305 79 00 fax 026 305 79 01
e-mail: thomas.plattner@admvl.ch www.admvl.ch www.admvl.ch/legale

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <http://www.admvl.ch>



Rougeole

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli dans
les 24h au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).²

Patient/e

Nom/prénom:

date de naissance:

sexe: f m

Rue, n°:

NPA/domicile:

canton:

tél.:

Nationalité:

CH

autre:

pays de résidence, si pas CH:

Diagnostic et manifestation (veuillez s.v.p. cocher TOUS les symptômes observés)

Manifestation:

exanthème maculopapuleux: début de l'exanthème (ou des symptômes si pas d'exanthème): 23/01/2017 inconnu

fièvre toux

conjonctivite

rhinite

autre:

pharyngite, narines, vomissements, diarrhées, douleur abdo aucun symptôme

Date de la consultation: 27/01/2017

Laboratoire:

nom/ét., HCL 0800 675 675

prélèvement: date: 27/01/2017

résultat(s), si connus:

IGM spécifiques: pos. nég.

test génomique (PCR): pos. nég.

inconnu

Evolution

Hospitalisation:

oui, nom et adresse de l'hôpital: HFR - freiburg

non

Complications:

pneumonie

encéphalite

otite moyenne

autre:

aucune

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Etat d'après: carnet de vaccination / dossier médical

anamnèse

Vacciné contre la rougeole:

oui, avec 1 doses au total

non

inconnu

1^{re} dose, vaccin (nom commercial): _____

date: / /

2^{re} dose, vaccin (nom commercial): _____

date: / /

Exposition

dans les 7-21 jours avant le début de l'exanthème

Où:

CH étranger, pays: _____

lieu (CH et étranger): _____

Quand:

date d'exposition: / /

dates séjour à l'étranger: / /

date retour: / /

inconnu

Inconnu

Comment:

crèche école

famille

autre:

Cas en lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un examen de laboratoire:

oui non inconnu

Autres cas de rougeole dans le milieu:

oui, détails: _____

nombre: _____

non inconnu

Personnes exposées durant la période de contagiosité (de 4 j. avant à 4 j. après le début de l'exanthème):

réseau familial/social travail, crèche, école, équipe sportive

hôpital, foyer, cabinet passagers identifiables (avion, croisière, voyage organisé)

autres: Dr. Dietrich (Giffers)

Remarques

Docteur

nom, adresse, t

Date: 02/02/2017 signature

Docteur cantonal

première notification de ce cas reçue le: / / (par fax, courrier, téléphone, mail, etc.)

Measures: non oui:

enquête entouragée

date:

Dr. David KISSNER
Médecin cantonal
Rte de Villeret 11, 1722 Mollens-sur-Gläne
Tél. 026 325 12 80
Fax 026 325 12 81
E-mail: David.Kissner@acm1.ch

2017/01



2017

REÇU le

26 AVR. 2017

S.V. à renvoyer rempli d'ici une
semaine au médecin cantonal
(pas directement à l'OFSP).¹

Rougeole

Patient/e

Nom/prénom: ANNE

date de naissance: 17/01/05

sexe: f m

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: 27/01/17 date de sortie: 02/02/17 non

cause: Altération état général séjour aux soins intensifs: oui, nombre de jours: _____
(laryngite, bronchite, pneumonie, conjonctivite, hépatite, hypouréa, diarrhées).

Complications: pneumonie encéphalite otite moyenne autre: _____ aucune

Etat: guéri / convalescent décès, date: / /

séquelles, lesquelles: _____

Facteurs de risque

- aucun connu
- immunodéficience / immunodépression
- grossesse en cours

Remarques

Informations recueillies auprès du médecin traitant et de
la patiente elle-même.

Médecin nom, adresse

Date: 21/04/17 signature: _____

Médecin

Date: / / signature: _____

Fichier Edition Affichage Favoris Outils ?

Google (2) SPS Service de la prévoya... veilleur - Französisch - De... Google intra Portail Intranet - Eta... Suggested Sites Page d'accueil - Ligue pul...

Le Conseil fédéral DFI OFSP

Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Office fédéral de la santé publique OFSP

Suggested Sites https://ieonline.microsoft.com/#ieslice Extranet DE FR IT EN Mis à jour mardi 19 mai 2015, 07:11

Actualités Thèmes Services L'OFSP

Office fédéral de la santé publique OFSP > Thèmes > Santé humaine > Maladies transmissibles > Systèmes de déclaration pour les maladies infectieuses > Maladies infectieuses à déclaration obligatoire > Formulaires de déclaration

◀ Systèmes de déclaration pour les maladies infectieuses

Formulaire de déclaration

Formulaire de déclaration pour maladies infectieuses à déclaration obligatoire.

	Déclaration de	
	résultats d'analyses cliniques	résultats d'analyses de laboratoire
<u>Événement exceptionnel</u>		
<u>Flambée de cas</u>		

		Déclaration de	
Maladies A-Z	Agents pathogènes	résultats d'analyses cliniques	résultats d'analyses de laboratoire
Botulisme	<i>Clostridium botulinum</i>	> Info	
Brucellose	Brucella		
Campylobactériose	<i>Campylobacter</i>		> Info

Contact

Office fédéral de la santé publique
Santé publique, Maladies transmissibles
Section Systèmes de déclaration
CH - 3003 Berne

E-Mail Imprimer contact

Flambée de cas*

Flambée de:

Cas de gastroentérite

suspicion de Campylobacter Salmonella

Norovirus

Rotavirus

autres: _____

Maladies d'origine alimentaire (voie principale de transmission)

suspicion de E. coli entérohémorragique

Listeria

Hépatite A

autres: _____

Cas d'infections respiratoires

suspicion de Pertussis Legionellose

autres infections respiratoires: _____

Autre observation: _____

Date du début des symptômes du/des premier(s) cas observé(s): 03.02.2016

Symptômes principaux présentés par les cas observés: diarrhées, vomissements, nausées

Lieu d'exposition supposé: manifestation hôtel restaurant hôpital home

moyen de transport école jardin d'enfants crèche

autres: _____

Adresse: _____

Route de la Neuveville 12 - 1700 Fribourg

Source d'infection
/mode de transmission:

Nombre de personnes malades: 10

Âgées de 74 à 93 ans

Nombre de personnes hospitalisées: 1

Nombre de décès: 1

Prélèvement de
laboratoire envoyé: non

oui (Adresse) Laboratoire UCL

Remarques

Médecin nom, adresse, tél., fax, e-mail (vos coordonnées sont essentielles car les autorités sanitaires vont prendre contact avec vous dans les plus brefs délais):

Date: 03.02.2016 signature: _____

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____

Date: 9.2.16 signature: _____

* ces cas de maladie ou de décès (qui sont dans tous les cas à déclaration obligatoire ou non dans les 24heures) qui (1) dépassent l'ampleur probable pour la période concernée, resp. le lieu et (2) des mesures pourraient être prises pour la protection de la santé publique (3) des mesures pourraient être prises pour la protection de la santé publique.
* formulaires: versions actualisées disponibles sous <http://www.bag.admin.ch/Infrreporting>



Evénement exceptionnel

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Departement fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2018
lausanne

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 et MERS Coronavirus ou 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)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anthrax (maladie du charbon) | <input type="checkbox"/> forme cutanée | <input type="checkbox"/> autre forme: _____ |
| <input type="checkbox"/> Botulisme | <input type="checkbox"/> botulisme alimentaire | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fièvres hémorragiques virales | <input type="checkbox"/> Lassa | <input type="checkbox"/> Ebola |
| <input type="checkbox"/> Peste | <input type="checkbox"/> Marburg | <input type="checkbox"/> Crimée-Congo |
| <input type="checkbox"/> Influenza A(HxNy) | <input type="checkbox"/> peste pulmonaire | <input type="checkbox"/> peste bubonique |
| <input type="checkbox"/> SRAS <input type="checkbox"/> MERS Coronavirus | | |
| <input type="checkbox"/> Variole | | |
| <input type="checkbox"/> 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^a:
Hôpital (nom, tél, fax) _____
Isolation du/de la patient/e effectuée? oui non MC MH
Traitement spécifique instauré? oui non ? MC MH
Diagnostic
Laboratoire (nom, tél, fax) _____
Laboratoire informé au préalable? oui non MC MH
Prévention d'autres cas
Mesures de protection du personnel médical instaurées? oui non MC MH
si oui, lesquelles? _____
Mesures de protection des personnes de contact instaurées?
- Contacts identifiés oui non MC MH
- Contacts informés oui non MC MH
- Prophylaxie administrée oui non MC MH
- Quarantaine préventive oui non MC MH
- Assistance médicale garantie oui non MC MH
Désinfection de l'environnement? oui non MC MH

Remarques

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick.html>

Personne ayant enregistré la déclaration

Signature _____

*Veuillez convenir de la personne qui met en œuvre les mesures, resp. qui les assure!



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA

