
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

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

Meldung zum klinischen Befund

2016
Beratung

REÇU LE

9 SEP. 2016

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

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: 16.8.2016 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: ____/____/____ ☐ unbekannt
Wie: ☒ durch Speise/Getränke: Ferme, Keringue, Schlagrahon
☐ durch Kontakt mit Patient/Träger: _____ ☐ unbekannt
☐ durch Kontakt mit Vieh, Tierkot oder Dünger: _____ ☐ unbekannt
Exponierte Personen: ☐ ja, welche: _____ wie viele: _____ ☐ keine ☒ unbekannt
Berufliche Tätigkeit: _____

Bemerkungen

Weitere Kontrollen bei Hemiparese
Fr Dr. ...

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

Datum: 6.9.2016 Unterschrift: _____

Kantonsarzt/-ärztin

Thomas PLATTNER, MPH
Spécialiste FMH en médecine légale
Médecin cantonal adjoint
Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne
Tél. 026 306 79 80 Fax 026 306 79 81
e-mail: thomas.plattner@fr.ch

Massnahmen: ☐ nein ☐ ja: _____

Datum: 12.9.16 Unterschrift: _____

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

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

- ^a Déclarations 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 100 000 habitants (population résidente selon Annuaire statistique de la Suisse). Les incidences annualisées permettent de comparer les différentes périodes.
- ^b Voir surveillance de l'influenza dans le système de déclaration Sentinella www.bag.admin.ch/rapport-grippe.
- ^c N'inclut pas les cas de rubéole materno-fœtale.
- ^d Femmes enceintes et nouveau-nés.
- ^e La déclaration obligatoire d'infection à virus Zika a été introduite le 7.3.2016.
- ^f 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
Méningocoques: 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-en-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>

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

Formulaires de déclaration

Formulaires de déclaration pour maladies infectieuses à déclaration obligatoire.

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

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

Contact

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

E-Mail
 Imprimer contact



Légionellose

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

Patient/e
Nom/prénom: _____ date de naissance: _____ sexe: ☐ f ☒ m
Rue: _____ A/cantonalité: _____ canton: F.R. tél.D
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/tél.: 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 aérofrigorifère (N° 15) |
| <input type="checkbox"/> hôtel ^b (N° 2) | <input checked="" 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"/> inhalateur (N° 12) | <input type="checkbox"/> mélange pour plantes en pot (N° 19) |
| <input type="checkbox"/> comme patient (N° 5a) | <input type="checkbox"/> fontaines décoratives (N° 14) | <input type="checkbox"/> autres (ex. douche dans un bâtiment scolaire) (N° 20): |
| <input type="checkbox"/> comme visiteur (N° 5b) | | |
| <input type="checkbox"/> 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)

arques

Date: 23.3.18 signature: _____

Médecin cantonal

Dresse Emmanuelle CHA

Médecin scolaire cantonal

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

Tél. 026 305 79 80 Fax 026 305 79 81

e-mail: Emmanuelle.Chaud@cant.ch

Mesures: ☐ non ☒ oui: _____ date: 24.4.18 signature: _____

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

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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2016
basé en blanc

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

Initiale 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 ☒ grippale ☐ autre: ☐ aucun ☐ inconnu

Début des manifestations: date: 1/7/16 ☐ 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: / / ☒ séquelles: Fatigue / lég. handicap ☐ 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 / FAUGÈRE (PISTE VITA)

☐ étranger, pays:

Séjour dans la nature dans les 4 semaines avant le début de la maladie:

☐ CH, indiquer tous les lieux: ☒ seulement à domicile

☐ étranger: ☐ non ☐ inconnu

Occupation fréquente dans la nature:

☒ travaux forestiers ☐ jardinage ☐ chasse ☐ jogging ☐ course d'orientation ☐ promenade

☐ randonnée ☐ cueillette de champignons ☐ militaire ☐ camping ☐ école enfantine en forêt ☐ groupe de jeunes

☐ autre: ☐ aucun ☐ inconnu

Activité professionnelle:

AGRICULTEUR

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

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

Date: 3/8/16 signature:

Médecin cantonal

keine bekannte Früde wie zuvor!
Villars-sur-Glâne, le 3 AOUT 2016

Mesures: ☐ non ☐ oui

date: / / signature: Dr Thomas PLATTNER

* Formulaires: versions actualisées disponibles sous <http://www.bag.admin.ch/InfraReporting>

Spécialiste FMH en médecine légale
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@fr.ch

confidentiel



Hépatite B

Déclaration du résultat d'analyse clinique

Patient/e nom/prénom: _____ date de naissance: _____

Genre: ☐ f ☒ m ☐ trans (MtF) ☐ trans (FtM) ☐ VDS^b

NPA/domicile: _____ 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): _____ ☒ non

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 $\geq 2.5 \times$ ☐ autre: _____ ☒ aucune ☐ inconnu

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

Laboratoire: nom/tél.: fisch - laboratoire

Motif: ☐ suspicion clinique ☐ exposition ☒ dépistage ☐ autre: _____ ☐ inconnu

Séroconversion documentée*: ☐ oui, date de la dernière sérologie anti-HBc négative: 1/1 ☐ 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: 1/1 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: Engenix B date: 9/01/98

vaccin (nom commercial), dernière dose: Engenix 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: 1/1 ☐ inconnu

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

☐ autre: _____

☒ 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 026 305 70 10 Fax 026 305 70 11

date: 28/3/18 signature: E. Chauliau



2018

REÇU le

22 FEB. 2018

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

Hépatite C

Déclaration du résultat d'analyse clinique

Patient/e nom/prénom: _____ de naissance: 30.11.1963
Genre: ☐ f ☒ m ☐ trans (MtF) ☐ trans (FtM) ☐ VDS^b
NPA/domicile: _____ canton: FR pays de résidence, si pas CH: _____
Nationalité: ☐ CH ☐ autre: _____ 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: ☐ ictère ☐ transaminases $\geq 2,5 \times 1$ ☐ autre: _____ ☐ aucune ☐ inconnu
Début des manifestations: date: ____/____/____ ☐ inconnu
Laboratoire: nom/tél.: _____
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: _____
☐ autre: _____
☐ 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, adressé, tél./fax (ou timbre): _____

Date: 8.2.2018 signature: _____

☐ en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de: _____

Médecin cantonal

Mesures: ☒ non ☐ oui

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

Dresse Emmanuelle CHAULIAC
Médecin scolaire cantonal
Rue du Village 101, 1752 Valais-Sur-Glane
Tél. 026 305 79 80 Fax 026 305 79 81
e-mail: Emmanuelle.Chauliac@rc.ch 2018v1

date: 26.2.2018 signature: _____

https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/meldesysteme-infekt

Maladies infectieuses... Formulaires de dé...

Echier Edition Affichage Favoris Outils ?

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

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

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>		> Info
Variole	<i>Variola</i>	> Info	
Zika	Virus Zika		> Info

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

Dernière modification 12.12.2016

^ Début de la page

Actualités

Thèmes

Services

L'OFSP

A la une

Santé humaine

Législation

Mission & objectifs



16 MAR. 2018

2018

ANSP et OBS

Tuberculose (TB)

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

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

Patient/e

Nom/prénom:

date de naissance: 01.08.1977 sexe: ☒ M ☐ F

Rue:

NPA/domicile:

canton: FR tél.:

Pays de résidence, si pas CH:

Nationalité: ☐ CH ☐ autre:

pays de naissance: Tiber

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

Diagnostic et manifestation

Organe atteint: ☒ poumon

☐ plèvre

☐ système urogénital

☐ vertèbres

☐ ganglions intrathoraciques

☐ méninges

☐ péritoine / tractus digestif

☐ os / articulations (sans vertèbres)

☐ ganglions extrathoraciques

☐ SNC (sauf méninges)

☐ forme disséminée

☐ autres localisations:

Laboratoire:

nom/tél.:

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.

	PCR directe (p. ex. Xpert)				Microscopie				Culture			
	pos	nég	attendue	pas réalisée	pos	nég	attendue	pas réalisée	pos	nég	attendue	pas réalisée
Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sécrétions bronchiques/liquide de lavage bronchique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre échantillon:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evolution

Anamnèse:

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

☐ oui ☐ non

☒ inconnu

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

☐ 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):

☐ inconnu

Traitement actuel:

Date de début du traitement (ou du diagnostic si aucun traitement instauré): 09.01.2018

Médicaments au début du traitement:

☒ Isoniazide

☒ Rifampicine

☒ Pyrazinamide

☒ Ethambutol

☐ autres antituberculeux:

Si aucun traitement, décès avant le début du traitement?

☐ oui

☐ non

Remarques

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

Date: 13.03.2018 signature:

Médecin cantonal

Mesures:

☐ non

☒ oui:

Enquête d'environnement

^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
^b formulaires: versions actualisées disponibles sous www.bag.admin.ch/inf

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

laisser en blanc

REÇU-LE

- 7 AVR. 2016

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: Thomas Plattner

date de naissance: 10.3.2016

sexe: ☐ f ☐ m

Evolution

Date de début du traitement:

10.3.2016

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
- ☐ **Traitement achevé:** traitement suivi et documenté sur la durée prévue, mais sans évidence laboratoriale 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: 12.4.16

signature: _____

Thomas PLATTNER, MPH
Spécialiste FMH en médecine légale
Médecin cantonal adjoint
Rte de Villars 101 1752 Villars-sur-Glâne
Tél. 028 305 79 41 Fax 028 305 79 42
e-mail: thomas.plattner@ed.ch

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



2017

la version 2017

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

Rougeole

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Nom/prénom: _____

date de naissance: |

sexe: ☒ f ☐ m

Rue, n°: _____

NPV/domicile: _____

canton: FR

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, nausées, ☐ aucun symptôme

vomissements, diarrhées, douleurs abdo

Date de la consultation: 27.01.2017

Laboratoire: nom/tél.: HCL 0800 675 675

prélèvement: date: 27.01.2017

résultats, si connus: IgM spécifiques: ☒ pos. ☐ nég. test génomique (PCR): ☐ pos. ☐ nég. ☒ inconnu

Evolution

Hospitalisation: ☒ oui, nom et adresse de l'hôpital: HFR - Fribourg ☐ non

Complications: ☐ pneumonie ☐ encéphalite ☐ otite moyenne ☐ autre: _____ ☒ aucune

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Etabli d'après: ☐ carnet de vaccination / dossier médical ☒ anamnèse

Vacciné contre la rougeole: ☒ oui, avec ? doses au total ☐ non ☐ inconnu

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

2^e 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): _____ ☒ inconnu

Quand: date d'exposition: ____/____/____ dates séjour à l'étranger: ____/____/____ date retour: ____/____/____ ☒ inconnu

Comment: ☐ crèche ☐ école ☐ famille ☐ autre: _____ ☒ inconnu

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 Niebich (Gillers)

Remarques

Médecin nom, adresse, t. _____

Date: 02.02.2017 signature _____

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

Mesures: ☐ non ☐ oui: enquête entourage date: ____/____/____

* formulaires: versions actualisées disponibles sous <http://www.bag.admin.ch/inforeporting>

Dr David KISSNER
Médecin cantonal
Rte de Villars-sur-Glâne
1025 305 73 83
David Kissner

2017V1



2017

Besser en Vero

REÇU

26 AVR. 2017

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

Rougeole

Déclaration complémentaire

Patient/e

Nom/prénom:

date de naissance: 17/01/68

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, hyponatrémie, 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:



2016
à joindre au dossier

REÇU LE

- 8 FEV. 2016

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

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

☐ Légionellose

☐ 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:

diarrées, vomissements, nausées

Lieu d'exposition supposé:

☐ manifestation

☐ hôtel

☐ restaurant

☐ hôpital

☒ home

☐ moyen de transport

☐ école

☐ jardin d'enfants

☐ crèche

☐ caserne

☐ autres: _____

Adresse: _____

Chemin de la Neuveville 12 - 1700 Fribourg

Source d'infection
/ mode de transmission:

Nombre de personnes malades:

10

Agées de 74 à 93 ans

Nombre de personnes hospitalisées:

1

Nombre de décès:

1

Prélèvement de
laboratoire envoyé:

☐ non

☒ oui (Adresse)

Laboratoire WCL

Nombre de personnes testées:

1

☒ confirmé en laboratoire

agent pathogène/type:

groupe des virus Norwalk

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: 8.2.16

signature: _____

* cas de maladie ou de décès (qui sont dans tous les cas à déclaration obligatoire ou non dans les 24 heures) 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.

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



Evénement exceptionnel

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

2018

laisser blanc

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"/> _____
	<input type="checkbox"/> Marburg <input type="checkbox"/> Crimée-Congo	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> peste pulmonaire <input type="checkbox"/> peste bubonique	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Peste		
<input type="checkbox"/> Influenza A(HxNy)		
<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 ² :		
Hôpital (nom, tél, fax) _____						
Isolement du/de la patient/e effectué?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
Traitement spécifique instauré?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
Diagnostic						
Laboratoire (nom, tél, fax) _____						
Laboratoire informé au préalable?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
Prévention d'autres cas						
Mesures de protection du personnel médical instaurées?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
si oui, lesquelles?						
Mesures de protection des personnes de contact instaurées?						
- Contacts identifiés	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
- Contacts informés	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
- Prophylaxie administrée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
- Quarantaine préventive	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
- Assistance médicale garantie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____
Désinfection de l'environnement?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> MC	<input type="checkbox"/> MH	<input type="checkbox"/> _____

Remarques

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick.html>
Personne ayant enregistré la déclaration _____ Signature _____

