



Cas suspect de la nouvelle grippe A(H1N1) 2009

Formulaire combiné: déclaration initiale et complémentaire du médecin

Veillez envoyer cette déclaration dans le délai d'un jour au médecin cantonal mais pas directement à l'OFSP.

Patient/e

Nom, prénom: Date de naissance:/...../..... Sexe: f m

Rue: NPA/localité: Canton: Tél.:

Domicile à l'étranger, où: Profession:

Symptômes cliniques (selon les critères définis par l'OFSP www.bag.admin.ch/influenza/06411/)

fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ toux maux de gorge douleurs musculaires, articulaires ou maux de tête
 rhume diarrhée pneumonie autres symptômes:

Début des symptômes:/...../.....

Demande d'examen de laboratoire: oui, où au CNRI à Genève autre (nom, lieu):
 non

Evolution

Maladie sévère Hospitalisation, le...../...../....., lieu:
 Complications: Risque accru de complications*, raison:

Exposition (selon les critères épidémiologiques définis par l'OFSP www.bag.admin.ch/influenza/06411/)

Séjour à l'étranger (dans les 7 jours précédant la survenue des symptômes)
Pays: du:/...../..... au:/...../.....

CH Contact avec un cas confirmé, nom de cette personne:
 Contact avec un cas suspect, nom de cette personne:
 Flambée (≥ 3 personnes groupées dans le temps et l'espace) nombre de malades:
Dans: école jardin d'enfants crèche caserne
 home médicalisé, -pour pers. âgées, -handicapées prison ou:
Lieu:

Exposition inconnue

Personnes exposées

Patient/e fréquente un lieu où le risque de transmission est élevé? oui non
Si oui, où: école jardin d'enfants crèche caserne prison
 home médicalisé, -pour personnes âgées, -handicapées ou:
Lieu, institution:

Patient/e professionnellement en contact avec des personnes à risque accru de complications*? oui non

Patient/e en contact étroit avec une personne qui est professionnellement en contact avec des personnes à risque accru de complications*? oui non
Si oui (à une des 2 dernières questions), où:

Patient/e informé/e des règles essentielles d'hygiène et des mesures de protection? oui non

Remarques

Médecin Nom, adresse (ou timbre):

Tél.: Date:/...../..... Signature:

Médecin cantonal

Mesures non oui:

Date:/...../..... Signature:

* les personnes souffrant de maladies chroniques (en particulier d'affections respiratoires comme l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou la mucoviscidose; de maladies cardiovasculaires ou du métabolisme comme le diabète; d'affections rénales), les personnes présentant une immunodéficience congénitale ou acquise, ou prenant des immunosuppresseurs, les femmes enceintes, les enfants en bas âge, les personnes de plus de 65 ans ou les pensionnaires de homes ou d'établissement médico-social