



A3 Information destinée aux patients

Actualisation le 11.09.2009

Renseignements à réunir avant une visite médicale en cas de suspicion de grippe A(H1N1)

Madame, Monsieur,

En attendant qu'un médecin vous voie, nous vous remercions de répondre aux questions générales figurant sur cette feuille. Ces informations réunies faciliteront votre prise en charge.

Si, lors de la consultation, le médecin pose le diagnostic de grippe A(H1N1), il est important que vous puissiez prévenir les personnes avec lesquelles vous avez été en contact. Par être en contact, on entend **vivre sous le même toit, avoir donné des soins, embrassé ou partagé couverts ou vaisselle** avec une personne malade pendant la période s'étendant **de 1 jour avant jusqu'à 7 jours après** le début des symptômes grippaux (fièvre, rhume, toux, etc.).

Essayez de remplir le tableau se trouvant au verso de cette feuille, en pensant particulièrement aux personnes fragiles (femmes enceintes, petits enfants, personnes malades).

Merci pour votre collaboration.

Anamnèse	Etiquette/Coordonnées du patient
Symptômes	Depuis le
Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Toux	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Rhume	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Douleurs musculaires, dans les articulations	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maux de tête	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Vomissements/Diarrhées	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Autres plaintes	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Voyage (s) durant les 7 jours qui précèdent

Contact à moins d'1 mètre d'un malade qui a la grippe A(H1N1)

Exposition dans le cadre de votre activité professionnelle (personnes qui travaillent dans un laboratoire, en milieu de soins, par ex.) :



A3 Information destinée aux patients

Actualisation le 11.09.2009

**Liste des personnes avec qui vous avez eu un contact rapproché (< 1 mètre)
depuis la veille du début de vos symptômes grippaux**

Profession : _____

Merci de préciser si vous avez des contacts avec des groupes de personnes dans le cadre de votre travail (enfants, adolescents, personnes malades, femmes enceintes, institutions, etc.)

Pensez tout particulièrement aux personnes à risque de complications : enfants < 5 ans, femmes enceintes, asthmatiques ou personnes avec d'autres problèmes des poumons, personnes souffrant de maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, etc.) ou aux défenses immunitaires diminuées.

Date du dernier contact : _____

Mme/Mr : _____

Personne à risque de complications : oui / non

Occasion: _____

Tél.: _____

Domicile (ville/pays) _____

Date du dernier contact : _____

Mme/Mr : _____

Personne à risque de complications : oui / non

Occasion: _____

Tél: _____

Domicile (ville/pays) _____

Date du dernier contact : _____

Mme/Mr : _____

Personne à risque de complications : oui / non

Occasion: _____

Tél: _____

Domicile (ville/pays) _____

Date du dernier contact : _____

Mme/Mr : _____

Personne à risque de complications : oui / non

Occasion: _____

Tél: _____

Domicile (ville/pays) _____

Date du dernier contact : _____

Mme/Mr : _____

Personne à risque de complications : oui / non

Occasion: _____

Tél: _____

Domicile (ville/pays) _____