



Déclaration des maladies infectieuses

Anthrax

(Déclaration immédiate par téléphone !)

Avis important : Le formulaire dûment rempli, daté et signé est à envoyer à la Division de l'Inspection Sanitaire à l'adresse figurant dans l'en-tête.



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](http://adobe.com).

1. Médecin

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Signalétique du médecin

Code médecin* :

Nom* :

Prénom* :

Spécialité* :

Adresse professionnelle

Numéro* :

Rue* :

Code postal* :

Localité* :

Pays* :

Contact du médecin

Téléphone :

Adresse e-mail :

Signature du médecin

Fait à* :

Le* :

(signature)



2. Patient

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Signalétique du patient

Numéro d'identification national : (Matricule)

ou pas de numéro d'identification national

Nom actuel* :

Prénom* :

Date de naissance :

Âge : ans

Sexe : Homme

Femme

Autre

Profession :

Adresse du patient

Numéro* :

Rue* :

Code postal* :

Localité* :

Pays* :

Contact du patient

Téléphone :

Adresse e-mail :

Patient mineur ou inapte ? Oui Non

Contact tuteur/tutrice

Nom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Adresse e-mail :



3. Informations sur la maladie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Critères cliniques

Nom de la maladie* :

Informations générales sur la maladie

Classification :

Probable

Possible

Confirmé

Inconnu

Date du diagnostic* :

Traitement démarré :

Oui

Non

Non applicable

Inconnu

Hospitalisation :

Oui

à l'Hôpital/Clinique* :

Non

du* :

au* :

Statut vital :

En vie

Décédé suite à la maladie

Décédé suite à une cause différente

Date du décès :

Remarques du médecin :

Séjour pendant la période d'incubation
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

Voyages

Voyage n°	Pays	Localité	Date arrivée	Date départ
1				
2				
3				
4				
5				
6				



4. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

Informations spécifiques à la maladie

Diagnostic type : Charbon cutané (a) Charbon gastro-intestinal (b) Charbon d'inhalation ou charbon pulmonaire (c)
 Méningite charbonneuse/ méningo-encéphalite charbonneuse (d) Septicémie charbonneuse (e)
 Inconnu Autre :

Date début des premiers symptômes :

Jour : Mois : Année :

Manifestations cliniques :

Asymptomatique Fortes douleurs abdominales (diag b) Fièvre (diag c)
 Lésion papuleuse ou lésion vésiculeuse (diag a) Diarrhée (diag b) Convulsions (diag d)
 Escarre noirâtre entourée d'un œdème (diag a) Détresse respiratoire aiguë (diag c) Perte de conscience (diag d)
 Fièvre ou état fébrile (diag b, c) Constatation radiologique d'élargissement médiastinal (diag c) Signes méningés (diag d)
 Inconnu Autre :

Transmission probable

Alimentaire y compris la consommation d'eau potable Mère - enfant
 Animal à homme Sexuelle
 Associée aux soins de santé Transfusion sanguine
 Eau de baignade Transplantation d'organe
 Exposition professionnelle (p.ex. labo) Usage de drogues intraveineuses
 Homme à homme
 Inconnu
 Autre :