



Déclaration des maladies infectieuses Paludisme / Malaria

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

Date début des premiers symptômes : Jour : Mois : Année :

Manifestations cliniques :

Asymptomatique

Fièvre

Inconnu

Autre :

Occupation professionnelle :

Travail dans un aéroport

Professionnel de santé

Autre :

Traitement prophylaxie :

N'a pas pris de traitement

A pris l'intégralité du traitement

N'a pas pris l'intégralité du traitement

Autre :

But du voyage :

Voyage d'affaires

Visite à la famille et aux amis

Migration

Service militaire

Missionnaires, volontaires et travailleurs humanitaires

Voyageur/résident en provenance d'un pays endémique

Étudiant

Tourisme

Autre :

Transmission :

Contracté par des moustiques infectés dans un pays endémique

Contracté par des moustiques infectés transportés par avion d'un pays endémique vers un pays non endémique

Contracté lors de soins médicaux

Contracté localement par transmission par les moustiques sans preuve d'importation et sans lien direct avec la transmission à partir d'un cas importé

Contracté localement par transmission par les moustiques avec des preuves épidémiologiques solides le reliant directement à un cas importé connu

Transmission en laboratoire due à une exposition professionnelle

Transmission de la mère à l'enfant

Receveur de transfusion/transplantation

Autre :