LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la Santé

Division de l'Inspection Sanitaire
2, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
Tél. : (+352) 247-85650
Fax : (+352) 480323
www.ms.public.lu
inspecteur-sanitaire@ms.etat.lu

Déclaration des maladies infectieuses

Peste

(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.

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)

MSA_IS_DMI_PLAG_F_201812_1

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la Santé

Division de l'Inspection Sanitaire
2, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
Tél. : (+352) 247-85650
Fax : (+352) 480323
www.ms.public.lu
inspecteur-sanitaire@ms.etat.lu

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 :

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la Santé

Division de l'Inspection Sanitaire
2, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
Tél. : (+352) 247-85650
Fax : (+352) 480323
www.ms.public.lu
inspecteur-sanitaire@ms.etat.lu

3. Informations sur la maladie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Critères cliniques

Nom de la maladie* : Peste

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				

MSA_IS_DMI_PLAG_F_201812_1

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la Santé

Division de l'Inspection Sanitaire
2, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
Tél. : (+352) 247-85650
Fax : (+352) 480323
www.ms.public.lu
inspecteur-sanitaire@ms.etat.lu

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 :

- ☐ Peste bubonique *(a)*
- ☐ Peste septicémique *(b)*
- ☐ Peste pulmonaire *(c)*

Date début des premiers symptômes : Mois : Année :

Manifestations cliniques :

- ☐ Asymptomatique
- ☐ Fièvre *(diag a, b, c)*
- ☐ Inflammation soudaine et douloureuse des ganglions lymphatiques *(diag a)*
- ☐ Toux *(diag c)*
- ☐ Douleur thoracique *(diag c)*
- ☐ Hémoptysie *(diag c)*
- ☐ Inconnu
- ☐ Autre :