



Déclaration des maladies infectieuses Poliomyélite

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

Paralysie flasque aiguë

Inconnu

Autre :

Risque de contagion

| Risque n° | Lieu | Adresse | Localité | Année |
|-----------|---|---------|----------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> Ecole | | | |
| 2 | <input type="checkbox"/> Structure d'éducation et d'accueil | | | |
| 3 | <input type="checkbox"/> Maison de soins | | | |
| 4 | <input type="checkbox"/> Foyer pour demandeurs de protection internationale | | | |
| 5 | <input type="checkbox"/> Autre I | | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> Autre II | | | |