



Déclaration des maladies infectieuses Rubéole et rubéole congénitale

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 :

Diagnostic :

Rubéole

Rubéole congénitale

Manifestations cliniques :

Asymptomatique

Asymptomatique

Fièvre

Enfant mort-né

Eruption maculopapuleuse généralisée

Cardiopathie congénitale

Adénopathie cervicale

Cataracte(s)

Adénopathie sous-occipitale

Glaucome congénital

Adénopathie rétro-auriculaire

Hépatomégalie

Arthralgie

Ictère débutant dans les 24 heures après la naissance

Arthrite

Méningo-encéphalite

Inconnu

Microcéphalie

Autre :

Perte de l'ouïe

Purpura

Raréfaction osseuse radiologique

Retard de développement

Rétinopathie pigmentaire

Splénomégalie

Inconnu

Autre :

Complications :

Aucune

Aucune

Bronchite

Complications neurologiques

Otite

Diminution du poids de naissance

Myo- ou Péricardite

Encéphalite

Encéphalite

Hépatite

Thrombocytopénie

Hépatosplénomégalie

Antécédents :

Grossesse en cours : Oui Non Inconnu

Microcéphalie

Myocardite

Durée de gestation : 1 à 12 semaines

Purpura thrombocytopénique

13 à 20 semaines

Rubella arthritis

> 20 semaines

Triade de Gregg (persistance canal artériel, cataracte, perte de l'ouïe de l'oreille interne)

Inconnu

Inconnu

Autre :



5. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

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			

