



Déclaration des maladies infectieuses Syphilis

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 :



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
- Alopécie diffuse
- Chancres zone génitale, périnéale, anale ou au niveau des muqueuses de la bouche ou du pharynx, ou ailleurs
- Condylomes vénériens
- Enanthème
- Eruption maculopapuleuse diffuse touchant souvent les paumes des mains et les plantes des pieds
- Lymphadénopathie généralisée
- Manifestations neurologiques
- Manifestations oculaires
- Inconnu
- Autre :

Site de l'infection :

- Non applicable
- Génital
- Ano-rectal
- Pharyngéal
- Inconnu
- Autre :

Stage de l'infection :

- Infectieux
- Non infectieux
- Inconnu

Transmission probable :

- Contact hétérosexuel
- Homme homo- ou bisexuel
- Mère-enfant
- Inconnu
- Autre :

Contact travailleur/se de sexe :

- Inconnu
- Oui
- Non
- Autre :

Antécédents et autres maladies :

Statut VIH :

- Positif
- Négatif
- Inconnu

Autres Données :

Pays de naissance :

- Inconnu

Nationalité :

- Inconnu