



## 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 : 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			