



## Déclaration des maladies infectieuses Tularémie

**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 :**

Tularémie ganglionnaire (a)     Tularémie ulcéro-ganglionnaire (b)     Tularémie oculo-ganglionnaire (c)

Tularémie typhoïdique (d)     Tularémie oropharyngée (e)     Tularémie intestinale (f)

Tularémie pulmonaire (g)     Autre :

### Manifestations cliniques :

Asymptomatique     Lymphadénopathie cervicale (diag e)     Vomissements (diag f)

Tuméfaction douloureuse des ganglions lymphatiques sans ulcération apparente (diag a)     Stomatite (diag e)     Diarrhée (diag f)

Ulcération cutanée (diag b)     Pharyngite (diag e)     Pneumonie (diag g)

Lymphadénopathie régionale (diag b, c)     Amygdalite (diag e)     Fièvre sans signe ni symptôme précoce de localisation (diag d)

Conjonctivite (diag c)     Douleurs abdominales (diag f)     Septicémie (diag d)

Inconnu     Autre :

### Transmission probable

Aérienne - inhalation d'aérosols ou poussières contaminées     Animal à homme     Mère - enfant

Alimentaire y compris la consommation d'eau potable     Associée aux soins de santé     Sexuelle

Morsure de moustique     Eau de baignade     Transfusion sanguine

Morsure de tique     Exposition professionnelle (p.ex. labo)     Transplantation d'organe

Morsure anthropode autre que moustique ou tique     Homme à homme     Usage de drogues intraveineuses

Morsure anthropode inconnu     Inoculation cutanée par grattage ou plaie

Inconnu     Autre :