



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://www.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 :

Diagnostic :

<input type="checkbox"/> Tularémie ganglionnaire (a)	<input type="checkbox"/> Tularémie ulcéro-ganglionnaire (b)	<input type="checkbox"/> Tularémie oculo-ganglionnaire (c)
<input type="checkbox"/> Tularémie typhoïdique (d)	<input type="checkbox"/> Tularémie oropharyngée (e)	<input type="checkbox"/> Tularémie intestinale (f)
<input type="checkbox"/> Tularémie pulmonaire (g)	<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	

Manifestations cliniques :

<input type="checkbox"/> Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Lymphadénopathie cervicale (diag e)	<input type="checkbox"/> Vomissements (diag f)
<input type="checkbox"/> Tuméfaction douloureuse des ganglions lymphatiques sans ulcération apparente (diag a)	<input type="checkbox"/> Stomatite (diag e)	<input type="checkbox"/> Diarrhée (diag f)
<input type="checkbox"/> Ulcération cutanée (diag b)	<input type="checkbox"/> Pharyngite (diag e)	<input type="checkbox"/> Pneumonie (diag g)
<input type="checkbox"/> Lymphadénopathie régionale (diag b, c)	<input type="checkbox"/> Amygdalite (diag e)	<input type="checkbox"/> Fièvre sans signe ni symptôme précoce de localisation (diag d)
<input type="checkbox"/> Conjonctivite (diag c)	<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales (diag f)	<input type="checkbox"/> Septicémie (diag d)
<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	

Transmission probable

<input type="checkbox"/> Aérienne - inhalation d'aérosols ou poussières contaminées	<input type="checkbox"/> Animal à homme	<input type="checkbox"/> Mère - enfant
<input type="checkbox"/> Alimentaire y compris la consommation d'eau potable	<input type="checkbox"/> Associée aux soins de santé	<input type="checkbox"/> Sexuelle
<input type="checkbox"/> Morsure de moustique	<input type="checkbox"/> Eau de baignade	<input type="checkbox"/> Transfusion sanguine
<input type="checkbox"/> Morsure de tique	<input type="checkbox"/> Exposition professionnelle (p.ex. labo)	<input type="checkbox"/> Transplantation d'organe
<input type="checkbox"/> Morsure anthropode autre que moustique ou tique	<input type="checkbox"/> Homme à homme	<input type="checkbox"/> Usage de drogues intraveineuses
<input type="checkbox"/> Morsure anthropode inconnu	<input type="checkbox"/> Inoculation cutanée par grattage ou plaie	
<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	