



Déclaration des maladies infectieuses

Variole du singe

(Déclaration immédiate par téléphone !)

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
(5 à 21 jours avant 1ers symptômes)

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 des premiers symptômes :

Jour : Mois : Année :

Manifestations cliniques :

<input type="checkbox"/> Asymptomatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Jour : <input type="text"/>	Mois : <input type="text"/>	Année : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Jour : <input type="text"/>	Mois : <input type="text"/>	Année : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Jour : <input type="text"/>	Mois : <input type="text"/>	Année : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lymphadénopathie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Jour : <input type="text"/>	Mois : <input type="text"/>	Année : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Myalgies	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Jour : <input type="text"/>	Mois : <input type="text"/>	Année : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Douleurs dorsales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Jour : <input type="text"/>	Mois : <input type="text"/>	Année : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Asthénie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Jour : <input type="text"/>	Mois : <input type="text"/>	Année : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Eruption cutanée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Jour : <input type="text"/>	Mois : <input type="text"/>	Année : <input type="text"/>

Localisation et nombre des lésions cutanées :

Autres informations importantes :

Contact avec personne avec suspicion ou confirmation de la variole du singe (5 à 21 jours avant 1ers symptômes)

Oui Non Date du dernier contact : Jour : Mois : Année :

Si oui, précisez le type de contact avec cette/ces personne(s) :

Contact sexuel avec une seule personne (5 à 21 jours avant 1ers symptômes)

Oui Non Date du dernier contact : Jour : Mois : Année :

Contact sexuel avec une seule personne anonyme (5 à 21 jours avant 1ers symptômes)

Oui Non Date du dernier contact : Jour : Mois : Année :

Contact sexuel avec plusieurs personnes (5 à 21 jours avant 1ers symptômes)

Oui Non Date du dernier contact : Jour : Mois : Année :

Contact sexuel avec plusieurs personnes anonymes (5 à 21 jours avant 1ers symptômes)

Oui Non Date du dernier contact : Jour : Mois : Année :

Contact avec du matériel éventuellement contaminé (5 à 21 jours avant 1ers symptômes)

Oui Non Date du dernier contact : Jour : Mois : Année :

Statut vaccinal contre la variole :

Vacciné Oui Non

si oui : Nom du vaccin : Nombre de doses :

Date du vaccin : Jour : Mois : Année :

Si vous n'avez pas la date précise, merci de préciser le 1er janvier de l'année en question

Non-vacciné

Inconnu



5. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

Informations spécifiques à la maladie

Transmission probable :

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Interhumaine | <input type="checkbox"/> Relation homo- ou bisexuelle | Jour : <input type="text"/> | Mois : <input type="text"/> | Année : <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> Relation hétérosexuelle | Jour : <input type="text"/> | Mois : <input type="text"/> | Année : <input type="text"/> |
| | <input type="checkbox"/> Autre contact hors relation sexuelle | Jour : <input type="text"/> | Mois : <input type="text"/> | Année : <input type="text"/> |

Lieu de contact :

- Exposition professionnelle
- Contact avec des animaux Type d'animal :

Jour : Mois : Année :

- Exposition environnementale

Jour : Mois : Année :

- Inconnu

Autre :

Autre cause d'éruption cutanée évoquée :

- Oui Non

- Si oui, précisez la / les maladies :
- | | | | |
|--|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Varicelle | Raison d'exclusion : | <input type="checkbox"/> Clinique | <input type="checkbox"/> Biologique |
| <input type="checkbox"/> Syphilis | Raison d'exclusion : | <input type="checkbox"/> Clinique | <input type="checkbox"/> Biologique |
| <input type="checkbox"/> Chancre génital | Raison d'exclusion : | <input type="checkbox"/> Clinique | <input type="checkbox"/> Biologique |
| <input type="checkbox"/> Fièvre aphteuse | Raison d'exclusion : | <input type="checkbox"/> Clinique | <input type="checkbox"/> Biologique |

Co-morbidités :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium |
| <input type="checkbox"/> Immunodéficience par autre maladie ou par traitement | <input type="checkbox"/> Syphilis infectieuse |
| <input type="checkbox"/> Chlamydirose | <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis |
| <input type="checkbox"/> Herpès génital | <input type="checkbox"/> Verrues génitales |
| <input type="checkbox"/> LGV | <input type="checkbox"/> Gonorrhée |

Echantillon prélevé :

- Oui Non

Nombre d'échantillon(s) : Type(s) d'échantillon :

Site(s) de prélèvement :

Date de prélèvement : Jour : Mois : Année :

Nom du laboratoire :