

Middle East Respiratory Syndrom - Coronavirus MERS-CoV

2015

Veillez remplir cette déclaration complémentaire^a et l'envoyer immédiatement au médecin cantonal et pas directement à l'OFSP.

Patient/e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m
NPA/domicile: _____ canton: _____
Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic

Manifestations: fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ toux troubles respiratoires pneumonie (confirmée par radiographie)
 ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) autres symptômes: _____
début des manifestations: ___/___/___
Laboratoire: MERS-CoV Centre national de référence CRIVE à Genève (<http://virologie.hug-ge.ch>)
 autre laboratoire, nom/tél.: _____
 laboratoire informé au préalable date du prélèvement: ___/___/___ aucun laboratoire

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: ___/___/___ non inconnu
Décès: oui, date de décès: ___/___/___

Exposition

Dans les 14 jours avant le début des manifestations

où: CH étranger, pays: _____ inconnu
comment: contact avec personne suspectée d'infection au MERS-CoV: oui non inconnu
si oui: dans la famille en tant que membre du personnel médical ou soignant
 autres contacts: _____
quand: du ___/___/___ au ___/___/___ inconnu

Voyages après le début des manifestations: oui non inconnu

si oui: compagnie aérienne: n° de vol: départ: lieu / date / heure arrivée: lieu / date / heure siège n°:

Activité professionnelle: _____

Mesures

Patient/e isolé/e: oui non si oui: à l'hôpital à la maison début: ___/___/___
Personnes de contact: identifiées: oui non si oui, nombre: _____
informées: oui non
en quarantaine: oui non

Autres mesures: _____

Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre): _____

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: ___/___/___ signature: _____

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous www.bag.admin.ch/infreporting