



Flambée de cas* ou événement inhabituel**

* Infections non soumises la à déclaration obligatoire ou infections soumises à la déclaration obligatoire habituellement dans un délai supérieur à 24h

** de nature soudaine, potentiellement dangereux pour la santé publique et impliquant des mesures de la part des autorités de santé

Etat 2009

Veillez remplir cette déclaration complémentaire dans les 24 heures et l'envoyer au médecin cantonal

Observation et/ou diagnostic de suspicion

Cas de gastroentérite

Suspicion de Campylobacter Salmonella Norovirus Rotavirus
 autres: _____

Maladies d'origine alimentaire (voie principale de transmission)

Suspicion de E. coli entérohémorragique Listeria Hépatite A
 autres: _____

Cas d'infections respiratoires

Suspicion de Pertussis Légionellose
 autres: _____

Autre observation et/ou diagnostic de suspicion: _____

Date du début des symptômes du/des premier(s) cas observé(s): ____ / ____ / ____

Symptômes principaux présentés par les cas observés: _____

Lieu d'exposition supposé: manifestation hôtel/restaurant hôpital/home moyen de transport

autres: _____

Adresse: _____

Source d'infection /mode de transmission: _____

Nombre de personnes malades: _____

Agées de ____ à ____ ans

Nombre de personnes hospitalisées: _____

Nombre de décès: _____

Prélèvement de laboratoire envoyé: non

oui (Adresse): _____

confirmé en laboratoire

agent pathogène/type: _____

Remarques

Médecin

Nom, adresse, tél., fax, e-mail (Vos coordonnées sont essentielles car les autorités sanitaires vont prendre contact avec vous dans les plus brefs délais):

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____