

Maladies transmissibles

Maladies à déclaration obligatoire

—

Journée d'introduction des systèmes de santé suisse et fribourgeois, 29.09.2023



Florence Baier, infirmière de santé publique

Sommaire

- Cadre légal
- Maladies à déclarations obligatoires
 - Maladies
 - Site OFSP
 - Formulaires
- Spécificités
- Bonnes pratiques
- Surveillance des infections grippales

 Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2020
MARS 2020

Pneumocoques, maladie invasive
Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).*

Patient
Initiale nom: _____ Initiale prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: f m
NPA/domicile: _____ canton: _____
Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation
Manifestation: pneumonie septicémie méningite arthrite autres: _____
Début de la maladie: date: ____/____/____ Inconnu
Laboratoire: nom/tél.: _____
prélèvement: date: ____/____/____
matériel: sang LCR fluide de ponction pleurale fluide de ponction articulaire autre: _____

Evolution
Hospitalisation: oui, date d'entrée: ____/____/____ non Inconnu
Etat: décès, date: ____/____/____

Statut vaccinal avant le début de la maladie
d'après: carnet de vaccination médecin de famille anamnèse
Vacciné contre les pneumocoques: oui, avec _____ doses au total non Inconnu

Doses, marque et date de la vaccination:

Dose	Marque	Date	Dose	Marque	Date
1	<input type="checkbox"/> Prevenar [®]	_____	1	<input type="checkbox"/> Pneumovax [®]	_____
	<input type="checkbox"/> Prevenar 13 [®]	_____		<input type="checkbox"/> Pnu-Imune [®]	_____
	<input type="checkbox"/> autre	_____		<input type="checkbox"/> Inconnu	_____
2	<input type="checkbox"/> Prevenar [®]	_____	2	<input type="checkbox"/> Pneumovax [®]	_____
	<input type="checkbox"/> Prevenar 13 [®]	_____		<input type="checkbox"/> Pnu-Imune [®]	_____
	<input type="checkbox"/> autre	_____		<input type="checkbox"/> Inconnu	_____
3	<input type="checkbox"/> Prevenar [®]	_____			
	<input type="checkbox"/> Prevenar 13 [®]	_____			
	<input type="checkbox"/> autre	_____			
4	<input type="checkbox"/> Prevenar [®]	_____			
	<input type="checkbox"/> Prevenar 13 [®]	_____			
	<input type="checkbox"/> autre	_____			

Facteurs de risque
 aucun connu splénectomie asplénie fonctionnelle/hémoglobinopathie
 insuffisance rénale chronique syndrome néphrotique tubule de LCR
 immunodépression fracture de la base du crâne autres (p. ex. prématurité <32e SG): _____
 maladies récid. des voies respiratoires affection pulmonaire chronique diabète sucré
 otites récid. (au moins 3 en l'espace de 6 mois, ou au moins 4 par an)

Remarques

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

Médecin cantonal
Mesures: non oui _____ date: ____/____/____ signature: _____

*formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>



Bases légales

Loi fédérale sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, Lep / du 28 septembre 2012)

Objectif:

- **Prévenir et combattre** l'apparition et la propagation des maladies transmissibles (Art.2)

Moyens:

- Les médecins ont l'**obligation de déclarer** les observations liées à des maladies transmissibles (Art.12)



Bases légales

Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur les épidémies, Oep / du 29 avril 2015)

Déclarations de résultats d'analyses cliniques complétées par le médecin (Art. 6)

- Diagnostic et manifestations cliniques
- Exposition
- Statut vaccinal/immunitaire
- Appartenance à un groupe à risque
- Mesures prises
- Coordonnées du patient dont numéro téléphone
- Etc...



Bases légales

Ordonnance sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Ordonnance sur les épidémies, Oep / du 29 avril 2015)

Informations sur l'évolution et les mesures mises en œuvre

- Déclarations complémentaires des résultats d'analyses cliniques complétées par le médecin (Art. 7)

Lors de flambées de cas

- Déclarations de résultats d'analyses épidémiologiques (Art. 9)



Bases légales

Ordonnance du département fédéral de l'intérieur (DFI) sur la déclaration d'observations en rapport avec les maladies transmissibles de l'homme (Du 1^{er} décembre 2015)

Mise à jour annuelle

- Liste des maladies à déclaration obligatoire
- Délai de déclaration (**les délais en heures s'appliquent aussi en dehors des jours ouvrables**)
- Critères de déclaration (Dès suspicion ou à réception du résultat positif d'analyse de laboratoire)
- Détail des données (personne, observation)



Bases légales

Loi sur la santé (Lsan / du 16 novembre 1999)

Déclaration obligatoire (Art. 119 b)

Les professionnels de la santé soumis à l'**obligation de déclarer** les maladies transmissibles (...) doivent, dans les délais, annoncer (...) au ou à la médecin cantonal-e (...) les cas de maladies prévues dans la législation fédérale.

...

et **il n'existe aucune base légale concernant le dédommagement** de cette déclaration obligatoire pour les médecins.

Maladies à déclaration obligatoire

Lesquelles ?

➤ Liste des maladies à déclaration obligatoire se trouve sur le site de l'OFSP

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

➤ Les flambées de cas ou événements exceptionnels

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DF
Office fédéral de la santé publique OFSP

Maladies infectieuses et agents pathogènes à déclaration obligatoire

Vue synoptique 2023

Botulisme Clostridium botulinum 	Diphthérie Corynebacterium diphtheriae et autres corynébactéries produisant la toxine 	Fièvre typhoïde / paratyphoïde Salmonella Typhi / Paratyphi 	Influenza, grippe saisonnière Virus Influenza 	Maladies invasives à pneumocoques Streptococcus pneumoniae 	Salmonellose Salmonella spp.
Brucellose Brucella spp. 	Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC) 	Gonorrhée Neisseria gonorrhoeae 	Influenza, nouveau sous-type Virus Influenza A H5N1 (potentiellement pandémique) 	MERS MERS-CoV 	Shigellose Shigella spp.
Campylobactériose Campylobacter spp. 	Fièvre de Crimée-Congo Virus de Crimée-Congo 	Hépatite A Virus de l'hépatite A 	Légionellose Legionella spp. 	MEVE Virus de l'encéphalite à tiques 	SARS SARS-CoV
Charbon Bacillus anthracis 	Fièvre de Hantaan Hantavirus 	Hépatite B Virus de l'hépatite B 	Listériose Listeria monocytogenes 	Mpox Mpox-Virus 	Syphilis Treponema pallidum
Chikungunya Virus Chikungunya 	Fièvre de Lassa Virus de Lassa 	Hépatite C Virus de l'hépatite C 	Maladie à virus Ebola Virus d'Ebola 	Paludisme Plasmodium spp. 	Tétanos Clostridium tetani
Chlamydie Chlamydia trachomatis 	Fièvre du Nil occidental Virus du Nil occidental 	Hépatite E Virus de l'hépatite E 	Maladie de Creutzfeldt-Jakob Prions 	Peste Yersinia pestis 	Trichinellose Trichinella spiralis
Choléra Vibrio cholerae 	Fièvre jaune Virus de la fièvre jaune 	Infection à EHEC EHEC, STEC, VTEC 	Maladie de Marburg Virus de Marburg 	Poliomyélite Virus de la poliomyélite 	Tuberculose Complexe Mycobacterium tuberculosis
COVID-19 SARS-CoV-2 	Fièvre Q Coxiella burnetii 	Infection à VIH/ Sida Virus de l'immunodéficience humaine 	Maladies invasives à Haemophilus influenzae 	Rage Virus de la rage 	Tularémie Francisella tularensis
Dengue Virus de la dengue 	Rougeole Virus de la rougeole 	Maladies invasives à méningocoques Neisseria meningitidis 	Rubéole Virus de la rubéole 	Variole Virus de la variole 	Zika Virus du Zika

Source: Page d'information sur [www.bag.admin.ch/inf](https://www.bag.admin.ch/fr/inf)
Numéro d'édition OFSP - 2023.02.01

Maladies à déclaration obligatoire

Qui déclare ?

- Tous les médecins et laboratoires en Suisse
«qui pose un diagnostic déclare»

Quand ?

- **Dès que le critère de déclaration respectif est rempli,**
dans les 2 heures, 24 heures ou 1 semaine
- Le guide de la déclaration obligatoire explique les critères spécifiques
→ Sur le site de l'OSFP > Maladies

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

A qui ?

- **Au service du médecin cantonal (SMC) du canton de domicile du patient**



Maladies à déclaration obligatoire

Guide sur le site OFSP > Maladies infectieuses à déclaration obligatoire

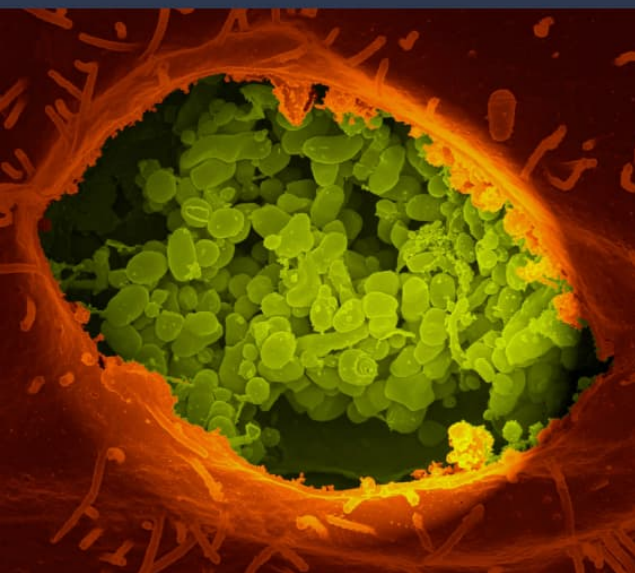
Pour chaque maladie, des informations en termes de santé publique en lien avec la maladie

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Maladies infectieuses et agents pathogènes à déclaration obligatoire

Guide de la déclaration obligatoire 2020



26. Infection à Escherichia coli entérohémorragique

Escherichia coli entérohémorragique (EHEC), aussi appelée *E. coli* producteur de vérotoxine (VTEC) ou de shigatoxine (STEC)

	Médecin	Laboratoire
Critères de déclaration	Résultat positif d'analyses de laboratoire	Résultat positif obtenu par : I. culture <i>ou</i> II. analyse de séquences (p. ex. PCR, séquençage, NGS) <i>ou</i> III. mise en évidence de l'antigène Si connu, préciser le type de toxine
Délai de déclaration	24 heures	24 heures
Destinataire	Médecin cantonal	Médecin cantonal et OFSP
Formulaire de déclaration	www.bag.admin.ch/infreporting	www.bag.admin.ch/infreporting
Données sur la personne concernée	Nom complet	Nom complet
Envoi des échantillons	Laboratoire habituel	Centre national de référence des bactéries entéropathogènes et listeria (NENT), Zurich Dans certaines situations, les laboratoires peuvent être invités à transmettre à l'OFSP des données concernant des échantillons pour lesquels les résultats sont négatifs.

Maladies à déclaration obligatoire

Aperçu sur le site OFSP > Maladies infectieuses à déclaration obligatoire

Maladies transmissibles et agents pathogènes à déclaration obligatoire

2023

Maladies	Agents pathogènes	Délai de déclaration	Identification		Déclaration du médecin ¹ déclaration de résultats d'analyses cliniques	Déclaration du laboratoire ²		
			initiales	nom complet		déclaration de résultat positif d'analyse de laboratoire	déclaration de résultat négatif d'analyse de laboratoire	transmission des échantillons
Botulisme	<i>Clostridium botulinum</i>	2 heures ⁴		x	x ⁵	x	x	x ⁹
Brucellose	<i>Brucella spp.</i>	1 semaine	x		x	x		x ¹⁰
Campylobactériose	<i>Campylobacter spp.</i>	24 heures	x			x	x ¹⁸	x ¹⁰
Charbon / Anthrax	<i>Bacillus anthracis</i>	2 heures ⁴		x	x ⁵	x	x	x ⁹
Chikungunya	Virus Chikungunya	24 heures		x	x	x	x ¹⁸	x ¹⁰
Chlamydie	<i>Chlamydia trachomatis</i>	1 semaine	x			x		
Choléra	<i>Vibrio cholerae</i>	24 heures		x	x	x		x ⁹
Covid-19	SRAS-CoV-2	24 heures ²⁰		x	x ⁵	x	x	x
Dengue	Virus de la Dengue	24 heures		x	x	x	x ¹⁸	x ¹⁰
Diphthérie	<i>Corynebacterium diphtheriae</i> et autres corynebactéries produisant des toxines (<i>C. ulcerans</i> , <i>C. pseudotuberculosis</i>)	24 heures		x	x	x	x ⁶	
Entérobactéries productrices de carbapénèmes (EPC)	Entérobactéries productrices de carbapénèmes (EPC)	1 semaine	x		x	x		x ⁹
Fièvre de Crimée-Congo	Virus de Crimée-Congo	2 heures ⁴		x	x ⁵	x	x	x ¹²
Fièvre de Hantaan	Hantavirus	1 semaine	x		x	x		x ¹⁰
Fièvre de Lassa	Virus de Lassa	2 heures ⁴		x	x ⁵	x	x	x ¹²
Fièvre du Nil occidental	Virus du Nil occidental	1 semaine	x		x	x		x ⁹
Fièvre jaune	Virus de la fièvre jaune	24 heures		x	x ⁵	x	x ¹⁸	x ¹⁰
Fièvre Q	<i>Coxiella burnetii</i>	1 semaine	x			x	x ¹⁸	x ¹⁰
Fièvre typhoïde/paratyphoïde	<i>Salmonella Typhi/Paratyphi</i>	24 heures		x	x	x		
Gonorrhée	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1 semaine	x		x	x		
Hépatite A	Virus de l'hépatite A	24 heures		x	x	x	x ¹⁸	
Hépatite B	Virus de l'hépatite B	1 semaine		x	x	x		
Hépatite C	Virus de l'hépatite C	1 semaine		x	x	x		
Hépatite E	Virus de l'hépatite E	24 heures		x	x	x	x ¹⁸	

Maladies à déclaration obligatoire

Comment ?

A l'aide d'un formulaire de déclaration

➤ Courriel sécurisé : maltrans@secu.fr.ch



➤ Courrier postal : **Confidentiel**

Service du médecin cantonal

Dr Plattner Thomas, médecin cantonal

Route de Villars 101

1752 Villars-sur-Glâne

➤ Téléphone : **026 305 79 80**

suspicion ou confirmation agent pathogène à déclarer dans les 2 heures

Maladies à déclaration obligatoire / OFSP / Page internet

Formulaires de déclaration [Déclaration \(admin.ch\)](#)

systèmes de déclaration pour maladies infectieuses

Maladies infectieuses à déclaration obligatoire

Maladie

Déclaration des maladies infectieuses



Sur cette page, vous trouverez les informations relatives à la déclaration pour toutes les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, des explications sur la procédure et la liste des médecins cantonaux. Veuillez observer les instructions et les critères actuels de COVID-19 et de variole du singe.

Déclaration COVID-19

Page régulièrement réactualisée
pour déclarer, passer par le site et ne pas conserver
des formulaires pré-imprimés

Déclarations cliniques COVID-19

Les médecins, resp. les hôpitaux déclarent selon les **critères de déclaration** au service du médecin cantonal et à l'OFSP.

Si les critères de déclaration actuels sont remplis, signalez dans les 24 heures le **résultat clinique de**

- résidents des maisons de retraite et de soins, ainsi que d'autres établissements médico-sociaux ;
- patients hospitalisés ;
- personnes décédées.

Les résultats cliniques doivent être déclarés par voie électronique

1. Ouvrez le lien suivant: <https://forms.infreport.ch>
2. Connectez-vous via votre compte HIN où via un login CH.
3. Entrez vos coordonnées à une seule reprise. Ceux-ci sont ensuite automatiquement utilisés pour les déclarations que vous saisissez.
4. Sous le point de menu « COVID-19 », vous pouvez entrer les déclarations cliniques.
5. Une fois que vous avez saisi les données, téléchargez le PDF des résultats cliniques et envoyez-le au service médical cantonal responsable.

Si la transmission électronique des résultats cliniques n'est pas possible, un formulaire PDF est disponible :

[Formulaire de déclaration du résultat clinique \(PDF, 133 kB, 08.09.2022\)](#)

Maladies à déclaration obligatoire OFSP / Page internet

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

2022V15
laisser en blanc

OFSP portail: <https://forms.infreport.ch>
OFSP HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch

Coronavirus disease COVID-19
Déclaration du résultat clinique ou du résultat clinique suite au décès dans les 24h au médecin cantonal et à l'OFSP. *

Patientie
Nom: _____ prénom: _____ date de naissance: ____/____/____ sexe: f m
Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____
Tél.: _____ nationalité: _____ pays de résidence, si pas CHFL: _____

Diagnostic
Manifestation: symptômes compatible avec COVID-19 autres symptômes aucun symptôme
début des manifestations: ____/____/____
Laboratoire: nom/nél.: _____ date du prélèvement: ____/____/____
Résultat radiologique: CT-Scan compatible avec COVID-19: oui non

Evolution
Hospitalisation: oui, date de l'admission: ____/____/____ non
si oui: motif de l'admission à l'hôpital: COVID-19 autre
séjour aux soins intensifs: oui non
ventilation artificielle: oui non
Complications: pneumonie (confirmée par imagerie) ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome)
 aucune autre: _____
Décès: oui, date de décès: ____/____/____ non
si oui: cause principale du décès^b: COVID-19 autre non identifiée
lieu du décès: hôpital maison de retraite et de soins autre établissement médico-social: _____
 autre lieu de décès: _____

Statut vaccinal avant le début de la maladie
Vaccination contre le COVID-19: oui non inconnu
si oui: dernière dose: < 6 mois 6 - 12 mois > 12 mois inconnu
vaccin utilisé pour la dernière dose (nom commercial): _____

Exposition Dans les 14 jours avant le début des manifestations.
Lieu: Résident d'une maison de retraite ou d'un autre établissement médico-social: oui non
si oui: institution (nom/nél.): _____
Activité professionnelle en tant que membre du personnel médical ou soignant: oui non inconnu

Facteurs de risque
Maladies sous-jacentes pertinentes pour COVID-19^c: oui non inconnu
Immunodéficience^d: oui non inconnu
Grossesse: oui non inconnu

Remarques

Médecin nom, adresse, tél. (ou timbre): _____
Date: ____/____/____ signature: _____



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

2022V15
laisser en blanc

Coronavirus disease COVID-19

Déclaration du résultat clinique ou du résultat clinique suite au décès dans les 24h au médecin cantonal et à l'OFSP. ^a

OFSP portail: <https://forms.infreport.ch>
OFSP HIN secured: covid-19@hin.infreport.ch

Toutes les déclarations du résultat clinique pour le covid ont été regroupées (décès, hospitalisation, établissement médico-social), disponibles par voie électronique ou PDF.

^a Formulaires actuels disponibles sur <https://www.bag.admin.ch/infreporting>
^b COVID-19 comme cause principale ou directe du décès
^c Informations sur les catégories de personnes vulnérables: [Catégories de personnes vulnérables.pdf](#)
^d Liste sur l'immunodéficience sous «Maladies/traitements qui affaiblissent le système immunitaire» dans le document: [Catégories de personnes vulnérables.pdf](#)
20220908V15

Maladies à déclaration obligatoire OFSP / Page internet

Le Conseil fédéral > DFI > OFSP

Contact Médias Emplois Langue facile à lire Langue des signes **DE FR IT EN**

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Office fédéral de la santé publique OFSP

Q

Termes de A à Z

L'OFSP Vivre en bonne santé Maladies Médecine & recherche Assurances Stratégie & politique Professions de la santé Lois & autorisations Chiffres & statistiques

Office fédéral de la santé publique OFSP > Maladies > Lutter contre les maladies infectieuses > Systèmes de déclaration pour maladies infectieuses > Maladies infectieuses à déclaration obligatoire > **Déclaration**

Botulisme
Brucellose
Campylobactériose
Charbon
Chikungunya
Chlamydieuse
Choléra
COVID-19
Dengue
Diphthérie

Agents pathogènes

Corynebacterium diphtheriae

Déclaration

📄 Déclaration de résultats cliniques (PDF, 96 kB, 14.04.2022)

📄 Déclaration de résultats de laboratoire (PDF, 347 kB, 09.12.2022)

Ebola
Encéphalite à tiques



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2020
S.v.p. à re-
les 24h au
(pas direc

Diphthérie

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e
Nom/prénom: _____ date de naissance: __/__/____
Rue: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____
Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation (veuillez svp cocher tous les symptômes observés)

Manifestations: infection des voies respiratoires supérieures avec laryngite rhinopharyngite
 membrane/pseudomembrane adhérente
 lésion cutanée, où? _____
 lésion de la conjonctive ou des muqueuses
 autre: _____ aucun inconnu

Début des manifestations: date: __/__/____ inconnu

Laboratoire: nom/tél.: _____
motif: suspicion clinique exposition découverte fortuite autre: _____
prélèvement: date: __/__/____ matériel: frottis pharyngé frottis cutané autre: _____

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: __/__/____ date de sortie: __/__/____ non
Etat: décès, date: __/__/____
Traitement: antitoxine: oui, date du début: __/__/____ dose _____ non

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination anamnèse
Vacciné contre la diphthérie: oui, avec _____ doses non inconnu
1^{re} dose année: _____ avec produit (nom commercial): _____
2^e dose année: _____ avec produit (nom commercial): _____
3^e dose année: _____ avec produit (nom commercial): _____
Dernière dose année/mois: __/__/____ avec produit (nom commercial): _____

Exposition
dans les 7 jours avant le début de la manifestation (durée d'incubation 2-5 jours)
Où: CH étranger, pays: _____ lieu: _____
Quand: date d'exposition: __/__/____ ou date du retour en CH: __/__/____
Comment: contacts avec patients: collectif ou milieu: _____
Personnes exposées: oui, lesquelles: _____ nombre: _____ non

Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou 5mbre): _____
Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____ date: __/__/____ signature: _____

* Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/inreporting>

Maladies à déclaration obligatoire

OFSP / Page internet

Déclaration de toutes les autres maladies infectieuses à déclaration obligatoire

▼ Flambée ERV (entérocoques résistants à la vancomycine)

Déclaration

 [Déclaration de résultats épidémiologiques \(PDF, 106 kB, 13.06.2022\)](#)

Info

 [Entrée en vigueur de la déclaration Flambée ERV \(PDF, 66 kB, 13.06.2022\)](#)

Critères de déclaration

≥ 3 patients qui présentent un résultat positif d'analyse de laboratoire pour ERV et un lien épidémiologique.

> Résultat exceptionnel

▼ Flambée de résultats

Déclaration

 [Déclaration de résultats cliniques \(Flambée de résultats\) \(PDF, 106 kB, 13.06.2022\)](#)

 [Déclaration de résultats de laboratoire \(PDF, 347 kB, 09.12.2022\)](#)

Maladies à déclaration obligatoire

OFSP / Page internet > **Evénement exceptionnel**

Déclaration de toutes les autres maladies infectieuses à déclaration obligatoire

▼ Résultat exceptionnel

Déclaration

Déclarer par téléphone dans les 2 heures au médecin cantonal compétent et à l'OFSP, division Maladies transmissibles :

- +41 58 463 87 06 aux heures de bureau,
- +41 58 463 87 37 en dehors des heures de bureau (exclusivement pour les déclarations dans les 2 heures)

 [Protocole d'une déclaration initiale par téléphone \(PDF, 160 kB, 09.12.2022\)](#)

 [Déclaration de résultats de laboratoire \(PDF, 186 kB, 09.12.2022\)](#)

Critères de déclaration

Suspicion clinique **et** avis du spécialiste en infectiologie **et** pose d'un diagnostic de laboratoire spécifique et lien épidémiologique.

Maladies infectieuses : chiffres

Maladies infectieuses à déclaration obligatoire – Nombre de cas hebdomadaires

Sentinella – Déclarations actuelles

Statistiques et analyses concernant VIH/IST

Maladies infectieuses à déclaration obligatoire – Nombre de cas hebdomadaires



Déclarations actuelles de maladies infectieuses à déclaration obligatoire.

Situation à la fin de la 32^e semaine (14.08.2023)^a

	semaine 32			dernières 4 semaines			dernières 52 semaines			depuis le début de l'année		
	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021	2023	2022	2021
Transmission respiratoire												
Haemophilus influenzae: maladie invasive	1	2		11	5	5	144	110	67	83	71	42
	0.60	1.20		1.60	0.70	0.70	1.60	1.20	0.80	1.50	1.30	0.80
Infection à virus influenza, types et sous-types saisonniers ^b	5	35	1	30	107	4	24369	11911	94	12630	11476	33
	3.00	20.70	0.60	4.40	15.80	0.60	277.60	135.70	1.10	233.80	212.40	0.60
Légionellose	25	9	26	91	47	130	645	651	595	334	357	383
	14.80	5.30	15.40	13.50	7.00	19.20	7.40	7.40	6.80	6.20	6.60	7.10
Méningocoques: maladie invasive				2			34	10	8	23	6	4
				0.30			0.40	0.10	0.09	0.40	0.10	0.07
Pneumocoques: maladie invasive	12	1	6	26	20	21	952	653	387	603	413	259
	7.10	0.60	3.60	3.80	3.00	3.10	10.80	7.40	4.40	11.20	7.60	4.80

Maladies à déclaration obligatoire > Spécificités TBC

Schweizerische Eidgenossenschaft
 Confédération suisse
 Confederaziun Svizra
 Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
 Office fédéral de la santé publique OFSP
 Unité de direction Santé publique

2020

À renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal* (pas directement à l'OFSP).¹

tuberculose (TB) Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Prénom: _____ date de naissance: __/__/____ SEXE: f m
 NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____
 le résident, si pas CH: _____
 alté: CH autre: _____ pays de naissance: _____
 es personnes dont la nationalité/pays de naissance autre que CH, date d'entrée en Suisse (mois/année): __/__/____

Localisation et manifestation

e atteint: poumon ganglions intrathoraciques ganglions extrathoraciques
 plèvre méninges SNC (sauf méninges)
 système urogénital péritoine / tractus digestif forme disséminée
 vertèbres os / articulations (sans vertèbres) autres localisations: _____

ible: _____ nom/tél.: _____
 leurs examens de laboratoire sont réalisés sur le même type d'échantillon et que les résultats sont discordants, ne rapporter (cocher) que les résultats

	PCR directe (p. ex. Xpert)				Microscopie				Culture			
	pos	nég	attendue	pas réalisée	pos	nég	attendue	pas réalisée	pos	nég	attendue	pas réalisée
onisations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ions bronchiques/liquide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ige bronchique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
échantillon:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ion
 nèse: Une TB a-t-elle déjà été diagnostiquée antérieurement? oui non Inconnu
 Si oui, date du diagnostic (mois/année): __/__/____ Inconnu
 La personne a-t-elle reçu par le passé un traitement antituberculeux pendant au moins un mois? oui non Inconnu
 Si oui, quand (mois/année): __/__/____ Inconnu

ment actuel: Date de début du traitement (ou du diagnostic si aucun traitement instauré): __/__/____
 Date prévue de fin du traitement: __/__/____
 Médicaments au début du traitement: Isoniazide Rifampicine Pyrazinamide Ethambutol
 Delamanid Bédaquiline Moxifloxacine Linézolide
 autres antituberculeux: _____
 Si aucun traitement, décès avant le début du traitement? oui non

rques
 in nom, adresse, tél./fax (ou timbre): _____ Médecin traitant nom, adresse _____
 /_/__/____ signature: _____
 in cantonal

es: non oui _____ date: __/__/____ signature: _____
 enton de résidence de la personne fait référence, si le canton de résidence manque, le lieu du traitement. Veuillez déclarer s.v.p. tous les cas de culture confirmés en culture ainsi que tous les autres cas pour lesquels un traitement d'au moins trois médicaments a commencé.
 alaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

2020v1

Dans les situations de résistance aux médicaments (estimer la probabilité antituberculeux) il est recommandé, voire impératif de demander l'avis d'un ou d'une spécialiste.

Traitement actuel: _____ Date de début du traitement (ou du diagnostic si aucun traitement instauré): __/__/____
 Date prévue de fin du traitement: __/__/____
 Médicaments au début du traitement: Isoniazide Rifampicine Pyrazinamide Ethambutol
 Delamanid Bédaquiline Moxifloxacine Linézolide
 autres antituberculeux: _____
 Si aucun traitement, décès avant le début du traitement? oui non

Maladies à déclaration obligatoire > Spécificités

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2020

S.v.p. à renvoyer rempli dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Rougeole

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient.e

Nom/prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ sexe: f m

Rue, n°: _____ NPA/domicile: _____ canton: _____ tél.: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation (veuillez s.v.p. cocher TOUS les symptômes observés)

Manifestation: exanthème maculopapuleux; début de l'exanthème (ou des symptômes si pas d'exanthème): ___/___/___ inconnu

fièvre toux conjonctivite rhinite autre: _____ aucun symptôme

Date de la consultation: ___/___/___

Laboratoire: nom/tél.: _____

prélèvement date: ___/___/___

résultats, si connus: IgM spécifiques: pos. nég. test génomique (PCR): pos. nég. inconnu

Evolution^b

Hospitalisation: oui, nom et adresse de l'hôpital: _____ non

Complications: pneumonie encéphalite otite moyenne autre: _____ aucune

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Etabli d'après: carnet de vaccination / dossier médical anamnèse

Vacciné contre la rougeole: oui, avec _____ doses au total non inconnu

1^{re} dose, vaccin (nom commercial): _____ date: ___/___/___

2^e dose, vaccin (nom commercial): _____ date: ___/___/___

Exposition dans les 7 - 21 jours avant le début de l'exanthème

Où: CH étranger, pays: _____

lieu (CH et étranger): _____ inconnu

Quand: date d'exposition: ___/___/___ dates de séjour à l'étranger (ou en CH pour les étrangers), début: ___/___/___ fin: ___/___/___ inconnu

Comment: crèche école famille autre: _____ inconnu

Cas en lien épidémiologique avec un autre cas confirmé par un examen de laboratoire: oui non inconnu

Autres cas de rougeole dans le milieu: oui, détails: _____ nombre: _____ non inconnu

Personnes exposées durant la période de contagiosité (de 4 j. avant à 4 j. après le début de l'exanthème): réseau familial/social travail, crèche, école, équipe sportive

hôpital, foyer, cabinet passagers identifiables (avion, croisière, voyage organisé)

autres: _____

Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou e-mail): _____

Date: ___/___/___ signature: _____

Médecin cantonal première notification de ce cas reçue le: ___/___/___ (par fax, courrier, téléphone, mail, etc.)

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

^a Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/bag/reporting>

^b à la sortie d'hôpital après hospitalisation ou en cas de décès, une déclaration complémentaire doit être transmise dans un délai d'une semaine

2020/1



Important : Déclarer dès la suspicion

2020

laisser en blanc

S.v.p. à renvoyer rempli dans les 24h au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Statut vaccinal avant le début de la maladie

Etabli d'après: carnet de vaccination / dossier médical anamnèse

Vacciné contre la rougeole: oui, avec _____ doses au total non inconnu

1^{re} dose, vaccin (nom commercial): _____ date: ___/___/___

2^e dose, vaccin (nom commercial): _____ date: ___/___/___

Exposition dans les 7 - 21 jours avant le début de l'exanthème

Maladies à déclaration obligatoire > Spécificités Syphilis



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2020
Mois de déclaration

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Syphilis

Déclaration de résultats d'analyses cliniques

Patient/e

Initiale nom: _____ initiale prénom: _____ date de naissance: ___/___/___ genre: f m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VDS^b

NPA/localité: _____ canton: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Evaluation du cas:
cocher **une seule** variante

- début d'un traitement contre la syphilis** (nouvel épisode de maladie pas encore déclaré, ne pas déclarer de traitement prophylactique de partenaires)^c
→ veuillez remplir ce questionnaire **ENTIÈREMENT**
- contrôle de l'évolution** (épisode de la maladie est déjà déclaré)
→ veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal **SANS** remplir la suite
- cicatrice sérologique** (infection précédente, pas de syphilis active)
→ veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal **SANS** remplir la suite

Stade:

syphilis primaire site de la lésion primaire: génital périanal cavité orale

syphilis secondaire

latente précoce (≤ 1 an après l'infection initiale)

latente tardive (> 1 an après l'infection initiale)

syphilis tertiaire symptôme principal: _____

inconnu

date du début des symptômes: ___/___/___ avec des sympt.

Motif de consultation:

symptômes exposition bilan de santé individuel

autre: _____

Grossesse en cours?

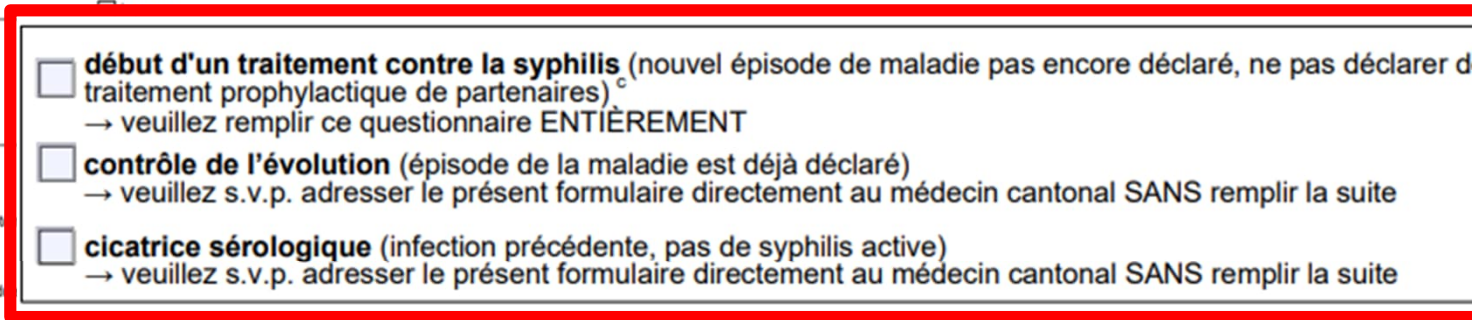
oui non avortement en raison d'une infection syphilitique

Exposition (merci d'indiquer la réponse la plus probable du point de vue du médecin)

Où: CH, lieu: _____ étranger, pays: _____ inconnu

Comment (mode de transmission): contact sexuel avec: f m trans (MtF)^b trans (FtM)^b VDS^b

autre voie d'infection (p. ex. congénitale): _____ non explorabile



Maladies à déclaration obligatoire / OFSP / Page internet

Spécificités de la TBC

▼ Tuberculose

Agents pathogènes

Mycobacterium tuberculosis-complexe

Déclaration

 [Déclaration de résultats cliniques \(PDF, 96 kB, 13.06.2022\)](#)

 [Déclaration complémentaire \(PDF, 177 kB, 02.02.2023\)](#)

 [Déclaration de résultats de laboratoire \(PDF, 123 kB, 29.06.2023\)](#)



Maladies à déclaration obligatoire > Spécificités

Déclaration complémentaire

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2022/VI
Form. n° 1001

A renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Tuberculose (TB) Déclaration complémentaire

Patient(e)
Nom/prénom: _____ date de naissance: __/__/____ sexe: f m

Evolution
Date de début du traitement: __/__/____
Date de l'évaluation du résultat du traitement: __/__/____

Résultat du traitement
Veuillez ne cocher qu'une seule réponse.

Tuberculose pulmonaire guérie : tuberculose pulmonaire bactériologiquement confirmée lors du début du traitement, complètement traitée selon les directives de la Ligue pulmonaire suisse et de l'OFSP, et pour laquelle au moins deux échantillons prélevés (un après l'autre à 7 jours d'intervalle) n'ont pas révélé la présence de mycobactéries par examen microscopique. En cas de tuberculose résistante, des cultures doivent justifier la conversion.

Traitement terminé : patient pour lequel le traitement est jugé cliniquement efficace et qui a été entièrement effectué selon les directives de la Ligue pulmonaire suisse et de l'OFSP, mais pour lequel une confirmation microbiologique n'est pas possible ou pas raisonnable.

Échec de traitement : patient devant changer de traitement à l'isoniazide, à la rifampicine, à l'éthambutol et/ou au pyrazinamide, car

- le traitement n'a pas d'effet clinique et/ou les cultures restent positives ;
- les médicaments ont provoqué des effets indésirables ;
- le laboratoire déclare des résistances.

Décès : décès dû à la tuberculose ou à d'autres causes avant le début du traitement ou pendant ce dernier.

Interruption du traitement : interruption du traitement pendant au moins deux mois de suite.

Transfert à une autre unité de traitement
Nom/prénom du nouveau médecin traitant: _____
Rue: _____
NPA/localité: _____ Canton: _____

Résultat du traitement inconnu : cas ne pouvant pas être attribué à l'une des catégories ci-dessus.

Remarques

Médecin traitant nom, adresse, tél./fax (ou timbre): _____
Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal
Date: __/__/____ signature: _____

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/inf/reporting> 2022/VI

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Santé publique

2020
Form. n° 1001

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).^a

Rougeole Déclaration complémentaire

Patient(e)
Nom/prénom: _____ date de naissance: __/__/____ sexe: f m

Evolution
Hospitalisation: oui, date d'entrée: __/__/____ date de sortie: __/__/____ non
cause: _____ séjour aux soins intensifs: oui, nombre de jours: _____

Complications: pneumonie encéphalite otite moyenne autre: _____ aucune

Etat: guéri / convalescent décès, date: __/__/____
 séquelles, lesquelles: _____

Facteurs de risque
 aucun connu
 immunodéficience / immunodépression
 grossesse en cours

Remarques

Médecin nom, adresse, tél./fax (ou timbre): _____
Date: __/__/____ signature: _____

Médecin cantonal
Date: __/__/____ signature: _____

^a formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/inf/reporting> 2020/VI

Maladies à déclaration obligatoire > Bonnes pratiques

2020

Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI Bundesamt für Gesundheit BAG Direktionsteil Öffentliche Gesundheit

Meliorose Meldung zum klinischen Befund

Bitte ausgefüllt innerhalb 1 Woche an Kantonsärztin/-arzt senden (nicht direkt ans BAG).*

gebürtelatum: 05.07.1957 Geschlecht: m f

NPA/domicile: [redacted] Kanton: FR Tel.: [redacted]

Diagnose: [redacted]

Legionella-Pneumonie: ja nein, andere: [redacted]

Tabakrauchen: ja nein

Immunsuppression: ja nein

Krebs/Hämopathie: ja nein

Diabetes: ja nein

andere: ja nein

hohle: ja nein

unbekannt: ja nein

Datum: 13.7.22

Umwelt: positiv negativ

Name/Tel.: Klinik Beau Site Ben

Ernahmer: Datum: [redacted] Material: [redacted]

ja, Eintrittdatum: 13.7.22 nein unbekannt

ja, Datum: 13.7.22 nein unbekannt

**Hospitalisation, Klinik Beau Site Ben bis 15.7./ab 15.7. inselspital Bern*

an denen Sie die Care, an denen sich die Person während den 14 Tagen vor Austritt der Krankheit aufgehalten hat, resp. die Installationen, denen sie ausgesetzt war, füllen Sie nachstehendes in entsprechende Nummer (in Klammern) in die unten Tabelle ein und vervollständigen Sie diese:

Nr.	Datum	Ort/Name der Einrichtung	Genauere Adresse
1	<u>[redacted]</u>	<u>[redacted]</u>	<u>[redacted]</u>
2	<u>[redacted]</u>	<u>[redacted]</u>	<u>[redacted]</u>

ja, welcher: [redacted] wie viele: [redacted] nein unbekannt

Bemerkungen: [redacted]

Universitätsklinik für Intensivmedizin
Intensivmedizin INO E Geb 1
Tel. 25321

Dr. Christophe Monney
Médecin cantonal adjoint
Rue de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne
Tel. 026 305 79 80
e-mail: christophe.monney@fr.ch

Dr. med. Barbara Oro
Médecin scolaire cantonale
Rue de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne
Tel. 026 305 79 80
e-mail: barbara.oro@fr.ch

Mesures: ja nein out

date: 7.7.2022 signature: [redacted]

2020

Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Departement fédéral de l'intérieur DFI Office fédéral de la santé publique OFSP Unité de direction Santé publique

Encéphalite à tiques Déclaration de résultats d'analyses cliniques

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).*

REÇU le 6 JUN 2022

Patient/e nom/prénom: [redacted] date de naissance: 16.9.01 sexe: m f

Initials nom: [redacted] Initials prénom: [redacted]

NPA/domicile: 1680 canton: FR

Nationalité: CH autre: _____ pays de résidence, si pas CH: _____

Diagnostic et manifestation

Diagnostic: méningite méningoencéphalite encéphalomyélite radculite autre: _____

Manifestations: à l'endroit de la piqûre de tique générale autre: apares + EF aucun inconnu

Début des manifestations: date: 10.05.2022 inconnu

Laboratoire: nom/tel.: ADHEO 032 967 21 01

test: suspension clinique exposition découverte fortuite autre: _____

prélèvement: date: 15.5.22 matériel: CSF sérologie

Antécédents de dengue/hépatite C/ vaccination contre le virus jaune: oui, date: _____ lesquelles: _____ non inconnu

Evolution

Hospitalisation: oui, date d'entrée: 28.5.22 non inconnu

Etat: guéri décès, date du décès: _____ séquelles: _____ autre: _____

Statut vaccinal avant le début de la maladie

d'après: carnet de vaccination/dossier médical inconnu

Vacciné contre encéphalite à tiques: oui, en total _____ doses non inconnu

dernière dose antérieure: _____ avec produit (nom commercial): _____

Exposition (durée d'incubation 2-28 jours)

piqûre de tiques dans les 4 semaines avant le début de la maladie

oui, détails du lieu: _____ séjour seulement à domicile

étranger, pays: _____ inconnu

date d'exposition: 9.5.22 inconnu

pendant activité professionnelle

au service militaire

transfusion sanguine dans les 4 semaines avant le début de la maladie, date de la transfusion: _____

institution (nom, adresse): _____

autre: _____ inconnu

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

Remarques: _____

Date: 27.6.22 signature: [redacted]

Médecin cantonal: _____

Mesures: ja out

date: 7.7.2022 signature: [redacted]

*Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

2020

Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra

Departement fédéral de l'intérieur DFI Office fédéral de la santé publique OFSP Unité de direction Santé publique

Hépatite B Déclaration du résultat d'analyse clinique

S.v.p. à renvoyer rempli d'ici une semaine au médecin cantonal (pas directement à l'OFSP).*

REÇU le 6 JUN 2022

Patient/e nom/prénom: [redacted] date de naissance: 19.81

Genre: m f

NPA/domicile: 1700 Fabrevag canton: FR pays de résidence, si pas CH: _____

Nationalité: CH autre: _____ pays d'origine: CH autre: _____

Diagnostic et manifestation

J'ai déjà entièrement rempli et envoyé une déclaration pour cette patient/e: oui non

Si «oui», veuillez s.v.p. adresser le présent formulaire directement au médecin cantonal SANS remplir la suite.

Diagnostic connu depuis plus d'un an par le médecin ou le/la patient/e: oui (année): _____ non

Date du diagnostic: 10.12.22 (documenté)

Manifestations actuelles: icterre transaminases > 2.5x 1 autre: Espace diagnostique hsp. B

Début de la manifestation: date: _____ inconnu

Laboratoire: nom/tel.: UCL

test: suspicion clinique exposition dépistage autre: cf supra

Séroconversion documentée*: oui, date de la dernière sérologie anti-HBc négative: _____ non inconnu

Evolution: aiguë chronique cirrhotique hépatocarcinome

Statut vaccinal

Vacciné/e contre l'hépatite B: oui, total de doses: _____ non inconnu

vaccin (nom commercial), 1^{er} dose: _____ date: _____

vaccin (nom commercial), dernière dose: _____ date: _____

A votre avis, le patient était-il déjà infecté avant la vaccination? oui non pas clair

Exposition

au cours des 6 derniers mois avant le début des manifestations (ou au moment présumé de l'infection)

Où: CH étranger, pays: _____

Quand: date d'exposition: _____ inconnu

Comment: périnatale contact avec personne infectée: dans la famille sur le lieu de travail: _____

contact sexuel avec personnes infectées: femme homme transgenre

consommation de drogues par injection ou sniff

transfusion(s), année(s): _____

dialyse

profession de la santé: _____

autre: _____ inconnu/autre voie de transmission

Personnes exposées: oui non inconnu si oui: partenaire sexuel membres d'un ménage enfant à naître ou nouveau-né autres: _____

Activité professionnelle: Inconnue

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

Date: 21.2.22 signature: [redacted]

en tant que médecin pénitentiaire, nom officiel de l'établissement: _____

Médecin cantonal: _____

Dr. med. Barbara Oro
Médecin scolaire cantonale
Rue de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne
Tel. 026 305 79 80
e-mail: barbara.oro@fr.ch

Mesures: non oui

date: 28.5.2022 signature: [redacted]

*Formulaires: versions actualisées disponibles sous <https://www.bag.admin.ch/infreporting>

*MIF = sexe de naissance masculin (M), identité de genre féminin (F) ou non binaire. (FIM) = sexe de naissance féminin (F), identité de genre masculin (M) ou non binaire. VDS = Variations du développement sexuel (proprement dites).

*si le patient ou ses parents ont immigré en Suisse, veuillez s.v.p. indiquer le pays d'origine

*analyse de dépistage, resp. prévention dans des groupes à risque spécifique, p.ex. femmes enceintes, reuses, donneurs de sang ou personnes à risque élevé.

*sérologie antérieure négative anti-HBc documentée, joindre s.v.p. une copie du résultat.

Surveillance des infections grippales : estimation de l'évolution de l'épidémie

OFSP / situation
épidémiologique



- **Systeme «Sentinella»**
- **Systeme de surveillance hospitalière «CH-SUR»**
- **Systeme de déclaration obligatoire**

