



Flambée de cas* ou événement inhabituel**

* Infections non soumises à la 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

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 infections respiratoires: _____

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 école jardin d'enfants crèche
 caserne 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): _____

Nombre de personnes testées: _____

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: _____

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

Médecin cantonal

Mesures: non oui: _____

Date: ____ / ____ / ____ Signature: _____