



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère d'État

Le Ministre aux Relations avec le Parlement

**SOC 60.012**  
ENTRÉ le 27.09.2019

Madame la Présidente  
du Conseil d'État  
Luxembourg

Personne en charge du dossier:  
Jean-Luc Schleich  
☎ 247 - 82954

Luxembourg, le 26 SEP. 2019

Réf. SCL : 60.012 - 1051 / sp

Objet : Projet de règlement grand-ducal déterminant les formulaires-types structurant la transmission des données relatives aux maladies sujettes à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste modifiant le règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales.

Madame la Présidente,

J'ai l'honneur de soumettre à l'avis du Conseil d'État le projet de règlement grand-ducal sous rubrique, élaboré par le Ministre de la Santé.

Je joins en annexe le texte du projet, l'exposé des motifs, le commentaire des articles, la fiche d'évaluation d'impact, l'avis du Collège médical, le texte coordonné du règlement grand-ducal du 15 février 2019 que le présent projet tend à modifier ainsi qu'une copie des formulaires.

Monsieur le Ministre de la Santé aimerait ajouter l'information que le projet de règlement grand-ducal en question n'a pas d'impact sur le budget de l'État.

L'avis du Conseil supérieur des maladies infectieuses a été demandé et vous parviendra dès réception.

Veillez agréer, Madame la Présidente, l'assurance de ma haute considération.

Pour le Premier Ministre  
Ministre d'État  
Le Ministre aux Relations  
avec le Parlement

  
Marc Hansen



**Projet de règlement grand-ducal déterminant les formulaires-types structurant la transmission des données relatives aux maladies sujettes à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste modifiant le règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales**

### Texte du projet

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique, et notamment son article 6 ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Vu l'avis du Conseil supérieur des maladies infectieuses ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en conseil ;

### **Arrêtons :**

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les formulaires-types visés à l'annexe contiennent les données relatives aux maladies sujettes à déclaration obligatoire, que le médecin ou le médecin-dentiste transmet à l'autorité sanitaire, en application de l'article 3 de la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique.

**Art. 2.** Le règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales est modifié comme suit :

L'annexe A du règlement grand-ducal précité est remplacée par l'annexe suivante :



### Annexe A

#### Liste des maladies à déclaration obligatoire et des maladies présentant une menace grave pour la santé publique

Maladies transmissibles (germes)	Déclaration Médecin	Délai de déclaration	Déclaration Labo	Délai de déclaration
<b>Anthrax (<i>Bacillus anthracis</i>)</b>	X	TÉLÉPHONE	X	TÉLÉPHONE
<b>Botulisme (<i>Clostridium botulinum</i>)</b>	X	TÉLÉPHONE		
Brucellose ( <i>Brucella spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Campylobactériose ( <i>Campylobacter spp</i> )			X	1 semaine
Chlamydie ( <i>Chlamydia trachomatis</i> )			X	1 semaine
Choléra ( <i>Vibrio cholerae</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Colite à <i>Clostridium difficile</i>	X	1 semaine		
Coqueluche ( <i>Bordetella pertussis</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Cryptosporidiose ( <i>Cryptosporidium spp</i> )			X	1 semaine
Diphthérie ( <i>C. diphtheriae</i> , <i>C. ulcerans</i> , et <i>C. pseudotuberculosis</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Echinococcose ( <i>Echinococcus spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Fièvre jaune	X	1 semaine	X	1 semaine
Fièvre Q ( <i>Coxiella burnetti</i> )			X	1 semaine
<b>Fièvres hémorragiques virales à transmission interhumaine (<i>Ebola</i>, <i>Marburg</i>, <i>Crimée-Congo</i>, <i>Lassa</i> et autres <i>Arenavirus</i>)</b>	X	TÉLÉPHONE	X	TÉLÉPHONE
Fièvres hémorragiques virales transmises par vecteurs ( <i>Hantavirose</i> , <i>Dengue</i> , <i>Rift Valley</i> , <i>West Nile</i> , <i>Zika</i> , <i>Zika congénital</i> , <i>Chikungunya</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Giardiase ( <i>Giardia lamblia</i> )			X	1 semaine
Gonorrhée ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> )			X	1 semaine
Grippe saisonnière			X	1 semaine
<b>Grippe (nouveau sous-type)</b>	X	TÉLÉPHONE	X	TÉLÉPHONE
Hépatite A aiguë	X	1 jour	X	1 jour
Hépatite B			X	1 semaine
Hépatite B porteur chronique			X	1 semaine
Hépatite C			X	1 semaine
Hépatite E aiguë	X	1 jour	X	1 jour
Infection HIV			X	1 semaine
Infection invasive à <i>Candida auris</i>			X	1 semaine



Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>	X	1 jour	X	1 jour
<b>Infection invasive à Meningocoque (<i>N. meningitidis</i>)</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>
Infection invasive à Pneumocoque ( <i>S. pneumoniae</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Infection invasive à MRSA ( <i>Meticillin resistant S. aureus</i> )			X	1 semaine
Infection à <i>Escherichia coli</i> VTEC / STEC gastro-entérite	X	1 jour	X	1 jour
Infection à <i>Escherichia coli</i> VTEC / STEC SHU	X	1 jour		
Infection invasive à Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes ou aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération			X	1 semaine
Infection à Norovirus			X	1 jour
Infection à Rotavirus			X	1 jour
Légionellose ( <i>Legionella spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Leptospirose ( <i>Leptospira spp</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Lèpre	X	1 semaine	X	1 semaine
LGV ( <i>Lymphgranuloma venereum</i> )			X	1 semaine
Listériose ( <i>Listeria monocytogenes</i> )			X	1 semaine
Maladie à CMV congénital	X	1 semaine		
Maladie de Creutzfeld-Jacob	X	1 semaine	X	1 semaine
Maladie de Creutzfeld-Jacob, variant vCJD	X	1 semaine	X	1 semaine
Maladie de Lyme ( <i>Borréliose</i> ) <i>Seulement Erythèmes migrants et formes neurologiques aiguës</i>	X	1 semaine		
Méningoencéphalite à tiques (FSME)			X	1 semaine
Oreillons	X	1 jour	X	1 jour
Paludisme / Malaria ( <i>Plasmodium spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
<b>Peste (<i>Yersinia pestis</i>)</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>
Poliomyélite	X	1 jour	X	1 jour
<b>Rage</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>
Rougeole	X	1 jour	X	1 jour
Rubéole	X	1 jour	X	1 jour
Rubéole congénitale	X	1 semaine		
Salmonellose ( <i>Salmonella spp</i> ) <i>y compris Fièvre typhoïde et paratyphoïde</i>			X	1 jour
Shigellose ( <i>Shigella spp</i> )			X	1 semaine
SIDA	X	1 semaine		
<b>Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS, MERS-CoV,...)</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>



Syphilis ( <i>Treponema pallidum</i> ) <i>y compris Syphilis congénitale</i>	X	1 semaine	X	1 semaine
Tétanos ( <i>Clostridium tetani</i> )	X	1 semaine		
Toxoplasmose <i>y compris Toxoplasmose congénitale</i>	X	1 semaine		
Trichinellose ( <i>Trichinella spiralis</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Tuberculose ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Tuberculose extra-pulmonaire active ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Tuberculose latente (IGRA positifs)			X	1 semaine
Tuberculose latente (IDR positives)	X	1 sem		
Tularémie ( <i>Franciscella tularensis</i> )	X	1 sem	X	1 semaine
Varicelle	X	1 sem		
<b>Variole</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>
Yersiniose ( <i>Y. enterocolitica</i> , <i>Y. pseudotuberculosis</i> )			X	1 semaine
<b>Flambées de symptômes cliniques ou de diagnostics de laboratoires</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>	<b>X</b>	<b>TÉLÉPHONE</b>

**Précision :**

Les maladies présentant une menace grave pour la santé publique figurent **en gras**.

**TÉLÉPHONE** - déclaration par téléphone endéans les deux heures après suspicion de diagnostic ou diagnostic confirmé à Inspection sanitaire (à joindre au numéro 247-85650 ou en-dehors des heures ouvrables via les Services des Secours au numéro de téléphone 112).

Heures ouvrables de la Direction de la santé : de 9 heures à 12 heures le matin et de 14 heures à 17 heures l'après-midi.

**1 jour** - déclaration endéans 24 heures après le diagnostic.

**1 semaine** - déclaration endéans une semaine après le diagnostic.

**Art. 3.** Le ministre ayant la Santé dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel de Grand-Duché de Luxembourg.



## Annexe

### **Formulaires-types structurant la transmission des données relatives à une maladie sujette à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste**

Les formulaires-types nécessaires à la transmission des données relatives à une maladie sujette à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste sont mis à disposition sur la plateforme « [www.guichet.lu](http://www.guichet.lu) ». Les formulaires peuvent être remplis et transmis par voie sécurisée via la plateforme « [www.guichet.lu](http://www.guichet.lu) », ils peuvent également être imprimés par le médecin ou le médecin-dentiste et être transmis par voie postale à la Direction de la Santé.

**Règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales**

**Texte coordonné**

Nous Henri, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Vu la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique, et notamment ses articles 2, 3, 5, 7 et 10 ;

Vu l'avis du Collège médical ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Santé et après délibération du Gouvernement en conseil ;

**Arrêtons :**

**Art. 1<sup>er</sup>.** Les maladies sujettes à déclaration obligatoire par les médecins, médecins-dentistes ou responsables de laboratoires d'analyses médicales ainsi que les maladies présentant une menace grave pour la santé publique sont énumérées à l'annexe A qui fixe pour chacune de ces maladies le délai maximal endéans duquel la déclaration doit être faite.

**Art. 2.** L'annexe B détermine les délais endéans desquels la souche ou le matériel biologique est à transférer par le laboratoire d'analyses médicales au laboratoire national de référence après établissement du diagnostic, ainsi que :

1° la liste des maladies à déclaration obligatoire pour lesquelles, la souche bactérienne, virale ou parasitaire isolée sur un patient, ou à défaut de souche, le matériel biologique, est à transférer d'emblée, après établissement du diagnostic, au laboratoire national de référence, sans demande spécifique de l'autorité sanitaire ;

2° les souches bactériennes, virales ou parasitaires pour lesquelles le ministre ayant la Santé dans ses attributions peut nommer un laboratoire national de référence.

**Art. 3.** L'annexe C prévoit le cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales.

**Art. 4.** Le règlement grand-ducal du 10 septembre 2004 portant désignation des maladies infectieuses ou transmissibles sujettes à déclaration obligatoire est abrogé.

**Art. 5.** Notre ministre de la Santé est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.

Le Ministre de la Santé,  
**Étienne Schneider**

Palais de Luxembourg, le 15 février 2019  
**Henri**



## Annexe A

Liste des maladies à déclaration obligatoire et des maladies présentant une menace grave pour la santé publique

Maladies transmissibles (germes)	Déclaration Médecin	Délai de déclaration	Déclaration Labo	Délai de déclaration
<b>Anthrax (<i>Bacillus anthracis</i>)</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
<b>Botulisme (<i>Clostridium botulinum</i>)</b>	X	TELEPHONE		
Brucellose ( <i>Brucella spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Campylobactériose ( <i>Campylobacter spp</i> )			X	1 semaine
Chlamydiose ( <i>Chlamydia trachomatis</i> )			X	1 semaine
Choléra ( <i>Vibrio cholerae</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Colite à <i>Clostridium difficile</i>	X	1 semaine		
Coqueluche ( <i>Bordetella pertussis</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Cryptosporidiose ( <i>Cryptosporidium spp</i> )			X	1 semaine
Diphthérie ( <i>C. diphtheriae, C. ulcerans, et C. pseudotuberculosis</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Echinococcose ( <i>Echinococcus spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Fièvre jaune	X	1 semaine	X	1 semaine
Fièvre Q ( <i>Coxiella burnetti</i> )			X	1 semaine
<b>Fièvres hémorragiques virales à transmission interhumaine (<i>Ebola, Marburg, Crimée-Congo, Lassa et autres Arenavirus</i>)</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Fièvres hémorragiques virales transmises par vecteurs ( <i>Hantavirose, Dengue, Rift Valley, West Nile, Zika, Zika congénital, Chikungunya</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Giardiase ( <i>Giardia lamblia</i> )			X	1 semaine
Gonorrhée ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> )			X	1 semaine
Grippe saisonnière			X	1 semaine
<b>Grippe (nouveau sous-type)</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Hépatite A aiguë	X	1 jour	X	1 jour
Hépatite B			X	1 semaine
Hépatite B porteur chronique			X	1 semaine
Hépatite C			X	1 semaine
Hépatite E aiguë	X	1 jour	X	1 jour
Infection HIV			X	1 semaine
Infection invasive à <i>Candida auris</i>			X	1 semaine
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>	X	1 jour	X	1 jour
<b>Infection invasive à Meningocoque (<i>N. meningitidis</i>)</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Infection invasive à Pneumocoque ( <i>S. pneumoniae</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Infection invasive à MRSA ( <i>Meticillin resistant S. aureus</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Infection à <i>Escherichia coli</i> VTEC / STEC gastro-entérite	X	1 jour	X	1 jour

Infection à Escherichia coli VTEC / STEC SHU	X	1 jour		
Infection invasive à Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes ou aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération			X	1 semaine
Infection à Norovirus			X	1 jour
Infection à Rotavirus			X	1 jour
<b>Maladies transmissibles (germes)</b>	<b>Déclaration Médecin</b>	<b>Délai de déclaration</b>	<b>Déclaration Labo</b>	<b>Délai de déclaration</b>
Légionellose ( <i>Legionella spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Leptospirose ( <i>Leptospira spp</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Lèpre	X	1 semaine	X	1 semaine
LGV ( <i>Lymphgranuloma venereum</i> )			X	1 semaine
Listériose ( <i>Listeria monocytogenes</i> )			X	1 semaine
Maladie à CMV congénital	X	1 semaine		
Maladie de Creutzfeld-Jacob	X	1 semaine	X	1 semaine
Maladie de Creutzfeld-Jacob, variant vCJD	X	1 semaine	X	1 semaine
Maladie de Lyme ( <i>Borréliose</i> ) <i>Seulement Erythèmes migrants et formes neurologiques aiguës</i>	X	1 semaine		
Méningoencéphalite à tiques (FSME)			X	1 semaine
Oreillons	X	1 jour	X	1 jour
Paludisme / Malaria ( <i>Plasmodium spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
<b>Peste (<i>Yersinia pestis</i>)</b>	X	<b>TELEPHONE</b>	X	<b>TELEPHONE</b>
Poliomyélite	X	1 jour	X	1 jour
<b>Rage</b>	X	<b>TELEPHONE</b>	X	<b>TELEPHONE</b>
Rougeole	X	1 jour	X	1 jour
Rubéole	X	1 jour	X	1 jour
Rubéole congénitale	X	1 semaine		
Salmonellose ( <i>Salmonella spp</i> ) <i>y compris Fièvre typhoïde et paratyphoïde</i>			X	1 jour
Shigellose ( <i>Shigella spp</i> )			X	1 semaine
SIDA	X	1 semaine		
<b>Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS, MERS-CoV,...)</b>	X	<b>TELEPHONE</b>	X	<b>TELEPHONE</b>
Syphilis ( <i>Treponema pallidum</i> ) <i>y compris Syphilis congénitale</i>	X	1 semaine	X	1 semaine
Tétanos ( <i>Clostridium tetani</i> )	X	1 semaine		
Toxoplasmose <i>y compris Toxoplasmose congénitale</i>	X	1 semaine		
Trichinellose ( <i>Trichinella spiralis</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Tuberculose ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Tuberculose extra-pulmonaire active ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Tuberculose latente (IGRA positifs)			X	1 semaine
Tuberculose latente (IDR positives)	X	1 sem		
Tularémie ( <i>Franciscella tularensis</i> )	X	1 sem	X	1 semaine
Varicelle	X	1 sem		
<b>Variole</b>	X	<b>TELEPHONE</b>	X	<b>TELEPHONE</b>
Yersiniose ( <i>Y. enterocolitica, Y. pseudotuberculosis</i> )			X	1 semaine

Flambées de symptômes cliniques ou de diagnostics de laboratoires	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
---	---	-----------	---	-----------

**Précision:**

Les maladies présentant une menace grave pour la santé publique figurent **en gras**.

**TELEPHONE** – déclaration par téléphone endéans les deux heures après suspicion de diagnostic ou diagnostic confirmé à Inspection sanitaire (à joindre au numéro 247-85650 ou en-dehors des heures ouvrables via les Services des Secours au numéro de téléphone 112).

Heures ouvrables de la Direction de la santé : de 9 heures à 12 heures le matin et de 14 heures à 17 heures l'après-midi.

**1 jour** – déclaration endéans 24 heures après le diagnostic.

**1 semaine** – déclaration endéans une semaine après le diagnostic.

## Annexe A

### Liste des maladies à déclaration obligatoire et des maladies présentant une menace grave pour la santé publique

Maladies transmissibles (germes)	Déclaration Médecin	Délai de déclaration	Déclaration Labe	Délai de déclaration
<b>Anthrax (<i>Bacillus anthracis</i>)</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
<b>Betulisme (<i>Clostridium botulinum</i>)</b>	X	TELEPHONE		
Brucellose ( <i>Brucella spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Campylobactériose ( <i>Campylobacter spp</i> )			X	1 semaine
Chlamydiose ( <i>Chlamydia trachomatis</i> )			X	1 semaine
Choléra ( <i>Vibrio cholerae</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Colite à <i>Clostridium difficile</i>	X	1 semaine		
Coqueluche ( <i>Bordetella pertussis</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Cryptosporidiose ( <i>Cryptosporidium spp</i> )			X	1 semaine
Diphthérie ( <i>C. diphtheriae, C. ulcerans, et C. pseudotuberculosis</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Echinococcose ( <i>Echinococcus spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Fièvre jaune	X	1 semaine	X	1 semaine
Fièvre Q ( <i>Coxiella burnetti</i> )			X	1 semaine
<b>Fièvres hémorragiques virales à transmission interhumaine (Ebola, Marburg, Crimée-Congo, Lassa et autres Arenavirus)</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Fièvres hémorragiques virales transmises par vecteurs ( <i>Hantavirose, Dengue, Rift Valley, West Nile, Zika, Zika congénital, Chikungunya</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Giardiase ( <i>Giardia lamblia</i> )			X	1 semaine
Gonorrhée ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> )			X	1 semaine
Grippe saisonnière			X	1 semaine
<b>Grippe (nouveau sous-type)</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Hépatite A aiguë	X	1 jour	X	1 jour
Hépatite B			X	1 semaine
Hépatite B porteur chronique			X	1 semaine
Hépatite C			X	1 semaine
Hépatite E aiguë	X	1 jour	X	1 jour
Infection HIV			X	1 semaine
Infection invasive à <i>Candida auris</i>			X	1 semaine
Infection invasive à <i>Haemophilus influenzae</i>	X	1 jour	X	1 jour
<b>Infection invasive à Meningocoque (<i>N. meningitidis</i>)</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Infection invasive à Pneumocoque ( <i>S. pneumoniae</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Infection invasive à MRSA ( <i>Meticillin resistant S. aureus</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Infection à <i>Escherichia coli</i> VTEC / STEC gastro-entérite	X	1 jour	X	1 jour
Infection à <i>Escherichia coli</i> VTEC / STEC SHU	X	1 jour		
Infection invasive à Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes ou aux céphalosporines de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération			X	1 semaine
Infection à Norovirus			X	1 jour
Infection à Rotavirus			X	1 jour

Maladies transmissibles (germes)	Déclaration Médecin	Délai de déclaration	Déclaration Labo	Délai de déclaration
Légionellose ( <i>Legionella spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Leptospirose ( <i>Leptospira spp</i> )	X	1 jour	X	1 jour
Lèpre	X	1 semaine	X	1 semaine
LGV ( <i>Lymphogranuloma venereum</i> )			X	1 semaine
Listériose ( <i>Listeria monocytogenes</i> )			X	1 semaine
Maladie à CMV congénitale	X	1 semaine		
Maladie de Creutzfeldt Jacob	X	1 semaine	X	1 semaine
Maladie de Creutzfeldt Jacob, variant vCJD	X	1 semaine	X	1 semaine
Maladie de Lyme ( <i>Borreliose</i> )	X	1 semaine		
Seulement Erythèmes migrants et formes neurologiques aiguës				
Méningoencéphalite à tiques (FSME)			X	1 semaine
Oreillons	X	1 jour	X	1 jour
Paludisme / Malaria ( <i>Plasmodium spp</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Peste ( <i>Yersinia pestis</i> )	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Poliomyélite	X	1 jour	X	1 jour
Rage	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Rougeole	X	1 jour	X	1 jour
Rubéole	X	1 jour	X	1 jour
Rubéole congénitale	X	1 semaine		
Salmonellose ( <i>Salmonella spp</i> )			X	1 jour
<i>Y. enteris</i> Fièvre typhoïde et paratyphoïde			X	1 semaine
Shigellose ( <i>Shigella spp</i> )				
SIDA	X	1 semaine		
<b>Syndrôme respiratoire aigu sévère</b> <b>(SRAS, MERS-CoV, ...)</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Syphilis ( <i>Treponema pallidum</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
<i>Y. enteris</i> Syphilis congénitale				
Tétanos ( <i>Clostridium tetani</i> )	X	1 semaine		
Toxoplasmose				
<i>Y. enteris</i> Toxoplasmose congénitale	X	1 semaine		
Triehinellose ( <i>Trichinella spiralis</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Tuberculose ( <i>Mycobacterium tuberculosis complex</i> )	X	1 semaine	X	1 semaine
Tuberculose extra-pulmonaire active			X	1 semaine
Tuberculose latente (IGRA positifs)			X	1 semaine
Tuberculose latente (IGRA positifs)	X	1 sem		
Tuberculose latente (IDR positives)	X	1 sem	X	1 semaine
Tularémie ( <i>Francisella tularensis</i> )	X	1 sem		
Varicelle	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE
Varicelle				
Yersiniose ( <i>Y. enterocolitica</i> , <i>Y. pseudotuberculosis</i> )			X	1 semaine
<b>Flambées de symptômes cliniques ou de diagnostics de laboratoires</b>	X	TELEPHONE	X	TELEPHONE

### Précision:

Les maladies présentant une menace grave pour la santé publique figurent **en gras**.

**TELEPHONE**—déclaration par téléphone endéans les deux heures après suspicion de diagnostic ou diagnostic confirmé à Inspection sanitaire (à joindre au numéro 247-85650 ou en dehors des heures ouvrables via les Services des Secours au numéro de téléphone 112).

Heures ouvrables de la Direction de la santé : de 9 heures à 12 heures le matin et de 14 heures à 17 heures l'après-midi.

**1 jour**—déclaration endéans 24 heures après le diagnostic.

**1 semaine**—déclaration endéans une semaine après le diagnostic.

## Annexe B

Liste des pathogènes pour lesquels le Ministre ayant la santé dans ses attributions peut désigner un laboratoire national de référence et dont la souche ou le matériel biologique est à transférer par le laboratoire d'analyses médicales au laboratoire national de référence après établissement du diagnostic sans demande spécifique par l'autorité sanitaire

Maladie	Matériel	Délai
Anthrax	Souche ou matériel biologique	1 jour
Infections invasives à <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Streptococcus pneumoniae</i></li><li>- <i>Haemophilus influenzae</i></li><li>- <i>Neisseria meningitidis</i></li></ul>	Souche	1 semaine 1 semaine 1 jour
Infections invasives à <ul style="list-style-type: none"><li>- Staphylocoques résistants à la méthicilline (MRSA)</li><li>- Entérobactéries résistantes aux carbapénèmes ou aux céphalosporines de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> générations</li><li>- Entérocoques résistants à la vancomycine</li></ul>	Souche	1 semaine
Brucellose (toutes espèces)	Souche	1 semaine
Campylobacteriose (toutes espèces)	Souche	1 semaine
Infection invasive à <i>Candida auris</i>	Souche	1 semaine
Colite à <i>Clostridium difficile</i>	Souche	1 semaine
Diphthérie	Souche ou matériel biologique	1 jour
Infections méningées à Entérovirus	Matériel biologique isolé du LCR	1 semaine
Infections à <i>Escherichia coli</i> producteur de vérotoxines	Souche	1 semaine
Tularémie	Souche ou matériel biologique	1 semaine
Fièvres hémorragiques à transmission interhumaine	Matériel biologique	1 jour
Grippe (nouvelle variante épidémique)	Matériel biologique	1 semaine
Hépatite A	Matériel biologique	1 semaine

Hépatite B	Matériel biologique	1 semaine
Hépatite C	Matériel biologique	1 semaine
Infection HIV	Matériel biologique	1 semaine
Legionnellose (toutes espèces)	Souche ou matériel biologique	1 semaine
Listeriose (toutes espèces)	Souche	1 semaine
Mycobacteriose (toutes espèces)	Souche ou matériel biologique	1 semaine
Gonorrhée	Souche	1 semaine
Oreillons	Matériel biologique	1 semaine
Poliomyélite virale	Matériel biologique	1 jour
Rougeole	Matériel biologique	1 jour
Rubéole	Matériel biologique	1 jour
Salmonellose (toutes espèces)	Souche	1 semaine
SARS ou MER	Matériel biologique	1 jour
Shigellose (toutes espèces)	Souche	1 semaine
Cholera (toutes espèces)	Souche ou matériel biologique	1 jour
Yersiniose (toutes espèces)	Souche	1 semaine

## Annexe C

### Cahier des charges pour la désignation d'un laboratoire national de référence

Outre les exigences spécifiées dans la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique, le laboratoire candidat doit fournir les informations suivantes :

#### PARTIE I

##### Coordonnées administratives du laboratoire d'analyses médicales candidat

Coordonnées administratives usuelles (nom, adresse, téléphone, e-mail) ;

Nom, prénom, diplômes et coordonnées des médecins ou pharmaciens biologistes en charge de l'activité de référence pour laquelle le laboratoire d'analyses médicales est candidat.

#### PARTIE II

##### Activité de référence (à remplir autant de fois que de pathologies demandées)

Description des examens d'analyses médicales (y compris méthodologie analytique) de la pathologie déterminée pour lequel le laboratoire d'analyses médicales est candidat comme laboratoire national de référence ;

Quantité d'examens d'analyses médicales concernés réalisés l'année précédente par le laboratoire d'analyses médicales ;

Quantité d'examens d'analyses médicales concernés réalisables si le laboratoire est choisi comme laboratoire de référence ;

Volume d'échantillons susceptibles d'être traités par jour pour les examens d'analyses médicales concernés ;

Délai de rendu des résultats pour les examens d'analyses médicales concernés ;

Description du système d'assurance qualité en place, y compris certifications, accréditations, labellisations.

### PARTIE III

#### Justification du haut niveau de compétence du laboratoire candidat pour l'activité de référence pour laquelle le laboratoire d'analyses médicales est candidat

Nombre ETP et titres des médecins ou pharmaciens biologistes dédiés ou contribuant à l'activité de référence pour laquelle le laboratoire d'analyses médicales est candidat ;

Nombre ETP et qualifications professionnelles des autres personnels dédiés à cette activité ;

Travaux des médecins ou pharmaciens biologistes en charge de cette activité: dernières publications dans des revues et ouvrages scientifiques, des guides techniques, interventions et publications de posters dans des colloques.

### PARTIE IV

#### Missions de santé publique en lien avec l'activité de référence pour laquelle le laboratoire d'analyses médicales est candidat: acquis et perspectives

Description du rôle d'expert du laboratoire d'analyses médicales pour le maintien et l'innovation dans les techniques de diagnostic ;

Description de l'action de conseil du laboratoire d'analyses médicales pour les services cliniques et les autres laboratoires ;

Description des activités de conseil et d'alerte du laboratoire liées à l'activité de référence ;

Description des participations à des manifestations scientifiques ou à des formations à l'enseignement universitaire et autres formations réalisées relativement à l'activité de référence pour laquelle le laboratoire d'analyses médicales est candidat ;

Description des recommandations, référentiels ou arbres décisionnels relatifs à cette activité de référence que le laboratoire a aidé à élaborer ;

Description succincte des projets de recherche ou d'essai clinique en cours ou demandés relatifs à l'activité de référence pour laquelle le laboratoire d'analyses médicales est candidat.





**Projet de règlement grand-ducal déterminant les formulaires-types structurant la transmission des données relatives aux maladies sujettes à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste modifiant le règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales**

### Exposé des motifs

Le projet de règlement grand-ducal sous rubrique vise à mettre en œuvre la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique, et plus précisément son article 6.

L'article 6 de la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique précise comme suit : « un règlement grand-ducal détermine, sur avis du conseil, des formulaires-type afin de structurer la transmission des données visées aux articles 3 et 4. »

La transmission des données relatives aux maladies sujettes à déclaration obligatoire au sens de l'article 2 de la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé incombe aux médecins ou aux médecins-dentistes au sens de l'article 3 de la loi précitée. Le présent projet de règlement grand-ducal détermine pour chaque maladie sujette à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste le formulaire-type structurant la transmission des données.

Ce présent projet de règlement grand-ducal sera complété ultérieurement par un règlement grand-ducal déterminant les formulaires-types structurant la transmission des données par le responsable de laboratoire d'analyses médicales étant donné que le mode de transmission se fera différemment.

De plus, le présent projet de règlement grand-ducal modifie l'annexe du règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales, en ce que l'infection invasive par MRSA, celle-ci n'est pas à déclarer par le médecin, mais uniquement par le laboratoire d'analyses médicales.



**Projet de règlement grand-ducal déterminant les formulaires-types structurant la transmission des données relatives aux maladies sujettes à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste modifiant le règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales**

### Commentaire des articles

#### **Article premier**

L'article premier du présent projet de règlement grand-ducal renvoie à l'annexe qui porte sur les formulaires-types structurant la transmission des données relatives à chaque maladie sujette à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste, tel qu'il découle de l'article 3 de la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique. La présente modification vise à mettre partiellement en œuvre la loi du 1<sup>er</sup> août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique, et plus précisément son article 6.

#### **Article 2**

L'article 2 du présent projet de règlement grand-ducal modifie l'annexe A intitulée « Liste des maladies à déclaration obligatoire et des maladies présentant une menace grave pour la santé publique » du règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales. La présente modification est faite pour préciser que l'infection invasive par MRSA n'est pas à déclarer par le médecin, mais uniquement par le laboratoire d'analyses médicales. De là, la trentième ligne de l'annexe A « Liste des maladies à déclaration obligatoire et des maladies présentant une menace grave pour la santé publique » du règlement grand-ducal précité est modifiée.



## FICHE D'ÉVALUATION D'IMPACT MESURES LÉGISLATIVES, RÉGLEMENTAIRES ET AUTRES

### Coordonnées du projet

Intitulé du projet :

Projet de règlement grand-ducal déterminant les formulaires-types structurant la transmission des données relatives aux maladies sujettes à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste modifiant le règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales

Ministère initiateur :

Ministère de la Santé

Auteur(s) :

Delphine Stoffel

Téléphone :

Courriel :

delphine.STOFFEL@ms.etat.lu

Objectif(s) du projet :

Le projet de règlement grand-ducal vise à mettre en œuvre la loi du 1er août 2018 sur la déclaration obligatoire de certaines maladies dans le cadre de la protection de la santé publique, et plus précisément son article 6.

Autre(s) Ministère(s) /  
Organisme(s) / Commune(s)  
impliqué(e)(s)

Date :

13/09/2019



## Mieux légiférer

1 Partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens,...) consultée(s) :  Oui  Non

Si oui, laquelle / lesquelles :

Remarques / Observations :

2 Destinataires du projet :

- Entreprises / Professions libérales :

Oui  Non

- Citoyens :

Oui  Non

- Administrations :

Oui  Non

3 Le principe « Think small first » est-il respecté ?  
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la  
taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?)

Oui  Non  N.a. <sup>1</sup>

Remarques / Observations :

<sup>1</sup> N.a. : non applicable.

4 Le projet est-il lisible et compréhensible pour le destinataire ?  Oui  Non

Existe-t-il un texte coordonné ou un guide pratique, mis à jour et  
publié d'une façon régulière ?

Oui  Non

Remarques / Observations :

5 Le projet a-t-il saisi l'opportunité pour supprimer ou simplifier des  
régimes d'autorisation et de déclaration existants, ou pour améliorer  
la qualité des procédures ?

Oui  Non

Remarques / Observations :



6

Le projet contient-il une charge administrative<sup>2</sup> pour le(s) destinataire(s) ? (un coût imposé pour satisfaire à une obligation d'information émanant du projet ?)

Oui  Non

Si oui, quel est le coût administratif<sup>3</sup> approximatif total ?  
(nombre de destinataires x  
coût administratif par destinataire)

<sup>2</sup> Il s'agit d'obligations et de formalités administratives imposées aux entreprises et aux citoyens, liées à l'exécution, l'application ou la mise en œuvre d'une loi, d'un règlement grand-ducal, d'une application administrative, d'un règlement ministériel, d'une circulaire, d'une directive, d'un règlement UE ou d'un accord international prévoyant un droit, une interdiction ou une obligation.

<sup>3</sup> Coût auquel un destinataire est confronté lorsqu'il répond à une obligation d'information inscrite dans une loi ou un texte d'application de celle-ci (exemple : taxe, coût de salaire, perte de temps ou de congé, coût de déplacement physique, achat de matériel, etc.).

7

a) Le projet prend-il recours à un échange de données inter-administratif (national ou international) plutôt que de demander l'information au destinataire ?

Oui  Non  N.a.

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

b) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel<sup>4</sup> ?

Oui  Non  N.a.

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

<sup>4</sup> Loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel ([www.cnpd.lu](http://www.cnpd.lu))

8

Le projet prévoit-il :

- une autorisation tacite en cas de non réponse de l'administration ?  Oui  Non  N.a.
- des délais de réponse à respecter par l'administration ?  Oui  Non  N.a.
- le principe que l'administration ne pourra demander des informations supplémentaires qu'une seule fois ?  Oui  Non  N.a.

9

Y a-t-il une possibilité de regroupement de formalités et/ou de procédures (p.ex. prévues le cas échéant par un autre texte) ?

Oui  Non  N.a.

Si oui, laquelle :

10

En cas de transposition de directives communautaires, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ?

Oui  Non  N.a.



Sinon, pourquoi ?

11

Le projet contribue-t-il en général à une :

a) simplification administrative, et/ou à une

Oui

Non

b) amélioration de la qualité réglementaire ?

Oui

Non

Remarques / Observations :

12

Des heures d'ouverture de guichet, favorables et adaptées aux besoins du/des destinataire(s), seront-elles introduites ?

Oui

Non

N.a.

13

Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'Etat (e-Government ou application back-office)

Oui

Non

Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?

14

Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ?

Oui

Non

N.a.

Si oui, lequel ?

Remarques / Observations :



## Egalité des chances

15

Le projet est-il :

- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ?  Oui  Non
- positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ?  Oui  Non

Si oui, expliquez  
de quelle manière :

- neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ?  Oui  Non

Si oui, expliquez pourquoi :

- négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ?  Oui  Non

Si oui, expliquez  
de quelle manière :

16

Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ?  Oui  Non  N.a.

Si oui, expliquez  
de quelle manière :

## Directive « services »

17

Le projet introduit-il une exigence relative à la liberté d'établissement soumise à évaluation<sup>5</sup> ?  Oui  Non  N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire A, disponible au site Internet du  
Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

[www.eco.public.lu/attributions/dg2/d\\_consommation/d\\_march\\_int\\_rieur/Services/index.html](http://www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html)

<sup>5</sup> Article 15 paragraphe 2 de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)

18

Le projet introduit-il une exigence relative à la libre prestation de services transfrontaliers<sup>6</sup> ?  Oui  Non  N.a.

Si oui, veuillez annexer le formulaire B, disponible au site Internet du  
Ministère de l'Economie et du Commerce extérieur :

[www.eco.public.lu/attributions/dg2/d\\_consommation/d\\_march\\_int\\_rieur/Services/index.html](http://www.eco.public.lu/attributions/dg2/d_consommation/d_march_int_rieur/Services/index.html)

<sup>6</sup> Article 16, paragraphe 1, troisième alinéa et paragraphe 3, première phrase de la directive « services » (cf. Note explicative, p.10-11)



Collège médical  
Grand-Duché de  
Luxembourg



Luxembourg, le 28 aout 2019

Monsieur Etienne SCHNEIDER  
Ministre de la Santé  
Villa Louvigny – Allée Marconi  
L-2120 LUXEMBOURG

N. réf.: S190838/RoH-ps, (E191325)

Objet : avis du Collège médical sur le projet de règlement grand-ducal déterminant les formulaires-types structurant la transmission des données relatives aux maladies sujettes à déclaration obligatoire par le médecin ou le médecin-dentiste modifiant le règlement grand-ducal du 15 février 2019 portant énumération des maladies sujettes à déclaration obligatoire et fixant les délais de déclaration ainsi que les informations à reprendre au cahier des charges pour la désignation comme laboratoire national de référence d'un laboratoire d'analyses médicales

Monsieur le Ministre

Le Collège médical accuse bonne réception la demande d'avis au sujet du projet sous rubrique.

Du fait que le recensement des maladies infectieuses sujettes à déclaration obligatoire était quasiment inexistant dans le passé au Luxembourg, le Collège médical accueille favorablement une disposition devant mettre sur pied un recensement épidémiologique méritant ce nom.

Quant au projet soumis, il y a lieu, d'une part, de féliciter l'auteur pour l'énorme travail réalisé, d'autre part il y a lieu de se demander si l'exécution pratique du règlement ne sera pas mise en cause par sa complexité administrative.

A signaler qu'il est impossible de respecter le délai défini à l'annexe A de deux heures après suspicion de diagnostic ou diagnostic d'une maladie à déclaration par téléphone si l'Inspection sanitaire (à joindre au numéro 247-85650 ou en-dehors des heures ouvrables via les Services des Secours au numéro de téléphone 112) n'est joignable que pendant les heures ouvrables de la Direction de la santé de 9 heures à 12 heures le matin et de 14 heures à 17 heures l'après-midi. Cette disposition devrait donc être reformulée pour tenir compte de cette disponibilité restreinte.

Face au nombre impressionnant de plus d'une quarantaine de formulaires différents, le Collège médical se demande si les auteurs du projet se sont concertés avec les professionnels du terrain sur sa mise en pratique. En effet, selon le projet actuel, il n'y a guère d'autre possibilité que d'enregistrer, une par une, toutes les données demandées par l'inspection de la santé dans chaque formulaire spécifique, alors qu'une grande partie pourrait être injectée automatiquement à partir de la base de données existante du professionnel. Par ailleurs un médecin/médecin-dentiste non informatisé devrait avoir de stock tous les formulaires, dont la majorité ne seront probablement jamais utilisés ou auront été modifiés entre-temps.

Sans vouloir mettre en doute que les formulaires spécifiques soient parfaitement adaptés à chaque maladie individuelle, il aurait dû être possible, peut-être en perdant un peu de spécificité, de

Page 1 of 2



programmer un formulaire unique pouvant être intégré dans les logiciels de gestion de dossier des médecin/médecin-dentistes et des établissements hospitaliers.

Le formulaire devrait être structuré de sorte que les données puissent, après validation par un responsable, être intégrées sans transcription manuelle dans la base de données de l'inspection sanitaire.

La taille du formulaire pourrait être réduite à deux, voire une, pages au maximum moyennant les mesures suivantes :

- L'espace nécessaire pour la signalétique du médecin/médecin-dentiste et du patient peut facilement être réduit à celui de l'entête d'une ordonnance, les inscriptions devant être possibles à partir du logiciel de gestion du médecin/médecin-dentiste ou de l'établissement hospitalier.  
Pourquoi devoir renseigner spécifiquement les informations sur la date de naissance, l'âge et le sexe si ces informations sont parfaitement déductibles du numéro d'identification national, si besoin était (sauf pour le sexe indéterminé).
- Le choix de la maladie à déclarer devrait pouvoir se faire moyennant une liste de défilement intégré dans le formulaire.
- Il en est de même des contextes cliniques, géographiques, sociaux, du risque de contagion etc. .
- L'espace pour la signature peut être supprimé également, la transmission devant se faire par voie électronique et la signature par dispositif « luxtrust ».

En faisant ainsi le formulaire pourrait rester intégré sans perte de temps dans le dossier/patient du médecin/médecin-dentiste tout en pouvant être injecté dans la base de données de l'Inspection sanitaire sans nécessiter des manipulations supplémentaires.

Il est évident que la programmation de ce formulaire devrait se faire en concertation étroite avec les professionnels, les développeurs des logiciels de gestion de cabinet et le gestionnaire de la base de données de l'Inspection sanitaire.

Quant à la fiche financière il est peu probable que le présent projet de règlement grand-ducal ait un impact neutre sur le Budget de l'Etat puis que la réalisation du registre des maladies transmissibles nécessitera la programmation d'un logiciel de gestion et l'intervention d'au moins un agent, éventuellement qu'à temps partiel.

Si le Collège médical soutient donc les efforts réalisés dans le but de créer un registre des maladies sujettes à déclaration obligatoire aussi complet que possible, il doit émettre de sérieux doutes quant aux modalités d'exécution pratique du règlement sous la forme présentée.

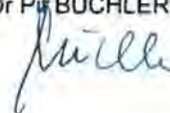
Le Collège médical vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de sa parfaite considération.

Pour le Collège médical,

Le Secrétaire,  
Dr Roger HEFTRICH



Le Président,  
Dr P. BUCHLER



Page 2 of 2



## Déclaration des maladies infectieuses Anthrax (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 Systems Incorporated).

### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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

**Diagnostic type :**  Charbon cutané (a)  Charbon gastro-intestinal (b)  Charbon d'inhalation ou charbon pulmonaire (c)  
 Méningite charbonneuse/ méningo-encéphalite charbonneuse (d)  Septicémie charbonneuse (e)  
 Inconnu  Autre :

**Date début des premiers symptômes :** Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

Asymptomatique  Fortes douleurs abdominales (diag b)  Fièvre (diag c)  
 Lésion papuleuse ou lésion vésiculeuse (diag a)  Diarrhée (diag b)  Convulsions (diag d)  
 Escarre noirâtre entourée d'un œdème (diag a)  Détresse respiratoire aiguë (diag c)  Perte de conscience (diag d)  
 Fièvre ou état fébrile (diag b, c)  Constatation radiologique d'élargissement médiastinal (diag c)  Signes méningés (diag d)  
 Inconnu  Autre :

##### Transmission probable

Alimentaire y compris la consommation d'eau potable  Mère - enfant  
 Animal à homme  Sexuelle  
 Associée aux soins de santé  Transfusion sanguine  
 Eau de baignade  Transplantation d'organe  
 Exposition professionnelle (p.ex. labo)  Usage de drogues intraveineuses  
 Homme à homme  
 Inconnu  
 Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Lassa et autres Arenavirus (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://www.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 nationalNom actuel\* : Prénom\* : Date de naissance : Âge :  ansSexe :  Homme Femme AutreProfession : 

### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Fièvre
- Manifestations hémorragiques sous différentes formes pouvant conduire à une défaillance multiviscérale.
- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Botulisme (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 Systems Incorporated).

### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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

###### Diagnostic type :

Botulisme alimentaire et botulisme par blessure (a)

Botulisme du nourrisson (b)

Inconnu

Autre :

###### Date début des premiers symptômes :

Mois :

Année :

###### Manifestations cliniques :

Asymptomatique

Atteinte des paires crâniennes (diplopie, vision trouble, dysphagie, atteinte bulbaire etc...) (diag a)

Paralysie périphérique symétrique (diag a)

Dysphagie (diag b)

Constipation (diag b)

Difficulté à sucer ou à manger (diag b)

Léthargie (diag b)

Faiblesse musculaire générale (diag b)

Ptose (diag b)

Inconnu

Autre :

##### Transmission probable

Alimentaire y compris la consommation d'eau potable

Mère - enfant

Animal à homme

Sexuelle

Associée aux soins de santé

Transfusion sanguine

Eau de baignade

Transplantation d'organe

Exposition professionnelle (p.ex. labo)

Usage de drogues intraveineuses

Homme à homme

Inoculation cutanée par grattage ou plaie

Inconnu

Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Brucellose

**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 Systems Incorporated).

### 1. Médecin

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Signalétique du médecin

Code médecin* :	<input type="text"/>
Nom* :	<input type="text"/>
Prénom* :	<input type="text"/>
Spécialité* :	<input type="text"/>

#### Adresse professionnelle

Numéro* :	<input type="text"/>
Rue* :	<input type="text"/>
Code postal* :	<input type="text"/>
Localité* :	<input type="text"/>
Pays* :	<input type="text"/>

#### Contact du médecin

Téléphone :	<input type="text"/>
Adresse e-mail :	<input type="text"/>

#### Signature du médecin

Fait à* :	<input type="text"/>
Le* :	<input type="text"/>
	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; text-align: center; vertical-align: bottom;"><i>(signature)</i></div>



## 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Anorexie
- Arthralgies
- Céphalées
- Dépression
- Faiblesse
- Fièvre
- Frissons
- Sueurs (abondantes, malodorantes, surtout nocturnes)
- Inconnu
- Autre :

##### Transmission probable :

- Alimentaire y compris la consommation d'eau potable
- Animal à homme
- Associée aux soins de santé
- Eau de baignade
- Exposition professionnelle (p.ex. labo)
- Homme à homme
- Mère - enfant
- Inconnu
- Autre :
- Sexuelle
- Transfusion sanguine
- Transplantation d'organe
- Usage de drogues intraveineuses



## Déclaration des maladies infectieuses Crimée-Congo (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 Systems Incorporated).

### 1. Médecin

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Signalétique du médecin

Code médecin* :	<input type="text"/>
Nom* :	<input type="text"/>
Prénom* :	<input type="text"/>
Spécialité* :	<input type="text"/>

#### Adresse professionnelle

Numéro* :	<input type="text"/>
Rue* :	<input type="text"/>
Code postal* :	<input type="text"/>
Localité* :	<input type="text"/>
Pays* :	<input type="text"/>

#### Contact du médecin

Téléphone :	<input type="text"/>
Adresse e-mail :	<input type="text"/>

#### Signature du médecin

Fait à* :	<input type="text"/>
Le* :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	(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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes :

Mois :

Année :

Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Fièvre
- Manifestations hémorragiques sous différentes formes pouvant conduire à une défaillance multiviscérale.
- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Chikungunya

**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 Systems Incorporated).

### 1. Médecin

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Signalétique du médecin

Code médecin* :	<input type="text"/>
Nom* :	<input type="text"/>
Prénom* :	<input type="text"/>
Spécialité* :	<input type="text"/>

#### Adresse professionnelle

Numéro* :	<input type="text"/>
Rue* :	<input type="text"/>
Code postal* :	<input type="text"/>
Localité* :	<input type="text"/>
Pays* :	<input type="text"/>

#### Contact du médecin

Téléphone :	<input type="text"/>
Adresse e-mail :	<input type="text"/>

#### Signature du médecin

Fait à* :	<input type="text"/>
Le* :	<input type="text"/>
	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; text-align: center; vertical-align: bottom;"><i>(signature)</i></div>



## 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Arthralgies
- Céphalées
- Exanthème
- Fièvre
- Myalgies
- Signes hémorragiques
- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Choléra

**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 Systems Incorporated).

### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Diarrhée
- Vomissements
- Inconnu
- Autre :


##### Transmission probable :

- Alimentaire y compris la consommation d'eau potable
- Animal à homme
- Associée aux soins de santé
- Eau de baignade
- Mère - enfant
- Sexuelle
- Transfusion sanguine
- Transplantation d'organe
- Usage de drogues intraveineuses
- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Creutzfeldt-Jacob

**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://www.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 :





#### 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

Diagnostic présumé :

- MCJ sporadique   
  MCJ iatrogène   
  MCJ familiale   
  Variante MCJ   
  Syndrome de Gertsman Straussler Scheinker  
 Insomnie fatale familiale   
  Autre :

Diagnosics différentiels ont été exclus :  Oui  Non

Date début des premiers symptômes : Mois :  Année :

Manifestations cliniques :

- Asymptomatique   
  Apathie   
  Ataxie   
  Chorée   
  Démence  
 Dystonie   
  Mutisme akinétique   
  Myoclonies   
  Symptomatologie pyramidale ou extrapyramidale  
 Symptômes psychiatriques précoces   
  Symptômes sensoriels douloureux persistants  
 Troubles visuels ou cérébelleux   
  Inconnu  
 Autre :

Durée des manifestations (en mois) :   Inconnu

##### Risque d'exposition

Risque n°	Valeur (a-h)	Autres Interventions	Lieu	Année
1				
2				
3				
4				
5				
6				

a=Transplantation de la dure-mère, b=Transplantation de la cornée, c=Exposition à des hormones hypophysaires humaines,  
d=Traité aux produits de plasma humain, e=Intervention neurochirurgicale, f=Endoscopie, g=Cas probable ou confirmé de MCJ dans la famille,  
h=Evidence d'une forme génétique d'encéphalopathie spongiforme transmissible



## 5. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

### Critères de diagnostic

Critère	Valeur	Date
<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atypique <input type="checkbox"/> Typique <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Protéine 14-3-3 ou Tau (LCR)	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non interprétable <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> IRM	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non interprétable <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Biopsie de l'amygdale pharyngée	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non interprétable <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Analyse génétique : présence d'une mutation du gène PNRP 129	<input type="checkbox"/> Methionine-methionine homozygote mutation	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Methionine-valine heterozygote mutation <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Inconnu	
	<input type="checkbox"/> Valine-valine homozygote mutation	
<input type="checkbox"/> Mise en évidence dans le cerveau de protéine prion pathologique (PrPres)	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Typique <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Examen neuropathologique du cerveau	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="text"/>

Lieu de naissance :  Inconnu

Localité :

Pays :

Autres résidences (Durée > 6mois) que le lieu de naissance et le lieu de résidence actuel :

Résidence n°	Pays	Localité	Année arrivée	Année départ
1				
2				
3				
4				
5				
6				



## Déclaration des maladies infectieuses Colite à Clostridium difficile

**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 Systems Incorporated).

### 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\* :

Colite à Clostridium difficile

#### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes :

Mois :

Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Selles diarrhéiques
- Mégacôlon toxique
- Colite pseudo-membraneuse révélée par endoscopie du tractus gastro-intestinal inférieur
- Inconnu
- Autre :

##### Méthodes diagnostiques :

- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses CMV congénital

**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 Systems Incorporated).

### 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 :



#### 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 début des premiers symptômes :

Mois :

Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Prématurité
- Microcéphalie
- Ictère
- Pétéchies
- Hépatosplénomégalie
- Calcifications périventriculaires
- Chorioretinite
- Surdité
- Pneumopathie
- Hépatite
- Thrombopénie
- Lymphocytose atypique
- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Syphilis congénitale

**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://www.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)





### 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 :



#### 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 début des premiers symptômes :

Mois :

Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Anémie
- Atteinte du système nerveux central
- Condylomes vénériens
- Hépatosplénomégalie
- Ictère
- Lésions cutanéomuqueuses
- Malnutrition
- Rhinite persistante
- Pseudo-paralysie (due à une périostite et à une ostéochondrite)
- Syndrome néphrotique
- Inconnu
- Autre :

##### Autres Données :

Pays de naissance :

Inconnu

Pays de naissance de la mère :

Inconnu

Nationalité de la mère :

Inconnu



## Déclaration des maladies infectieuses Dengue

**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 Systems Incorporated).

### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Fièvre
- Complications potentiellement mortelles
- Inconnu
- Autre :

##### Méthodes diagnostiques :

- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Diphthérie

**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 Systems Incorporated).

### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes :

Mois :

Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Affection des voies respiratoires supérieures (laryngite, rhinopharyngite, amygdalite)
- Membrane / pseudomembrane adhérente
- Lésion cutanée
- Lésion de la conjonctive
- Lésion des muqueuses
- Inconnu
- Autre :

##### Complications :

- Aucune
- Cardiaques
- Neurologiques
- Inconnu
- Autre :


##### Transmission probable :

- Alimentaire - lait cru : produits alimentaires à base de lait cru
- Animal de ferme - bétail, moutons...
- Animal domestique - chien, chat...
- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Echinococcose

**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://www.adobe.com).

### 1. Médecin

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Signalétique du médecin

Code médecin* :	<input type="text"/>
Nom* :	<input type="text"/>
Prénom* :	<input type="text"/>
Spécialité* :	<input type="text"/>

#### Adresse professionnelle

Numéro* :	<input type="text"/>
Rue* :	<input type="text"/>
Code postal* :	<input type="text"/>
Localité* :	<input type="text"/>
Pays* :	<input type="text"/>

#### Contact du médecin

Téléphone :	<input type="text"/>
Adresse e-mail :	<input type="text"/>

#### Signature du médecin

Fait à* :	<input type="text"/>
Le* :	<input type="text"/>
	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; text-align: center; vertical-align: bottom;"><i>(signature)</i></div>



## 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 :



#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

Asymptomatique

Inconnu

Autre :

##### Transmission probable :

Alimentaire y compris la consommation d'eau potable

Animal à homme

Associée aux soins de santé

Eau de baignade

Exposition professionnelle (p.ex. labo)

Homme à homme

Mère - enfant

Sexuelle

Transfusion sanguine

Transplantation d'organe

Usage de drogues intraveineuses

Inconnu

Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses

### Ebola

(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 Systems Incorporated).

## 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Fièvre aiguë > 38,5 °C
- Signes hémorragiques
- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Marburg (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://www.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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année : 

Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Fièvre aiguë > 38,5 °C
- Signes hémorragiques
- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses

### Grippe - nouveau sous-type

(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://www.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 nationalNom actuel\* : Prénom\* : Date de naissance : Âge :  ans

Sexe :

 Homme Femme AutreProfession : 

### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois:  Année:

Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Céphalées
- Fièvre ou état fébrile
- Malaise
- Myalgie
- Symptômes respiratoires
- Syndrome pseudo-grippal
- Inconnu
- Autre :

##### Risque de contagion

Risque n°	Lieu	Adresse	Localité	Année
1	<input type="checkbox"/> Ecole			
2	<input type="checkbox"/> Structure d'éducation et d'accueil			
3	<input type="checkbox"/> Maison de soins			
4	<input type="checkbox"/> Foyer pour demandeurs de protection internationale			
5	<input type="checkbox"/> Autre I			
6	<input type="checkbox"/> Autre II			



## Déclaration des maladies infectieuses Infection invasive à *Haemophilus influenzae*

**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://www.adobe.com).

### 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\* : Infection invasive à Haemophilus influenzae

#### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Arthrite septique
- Cellulite
- Epiglottite
- Méningite
- Ostéomyélite
- Pneumonie
- Septicémie
- Inconnu
- Autre :

##### Méthodes diagnostiques :

- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Hantavirose

**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://www.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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

- Asymptomatique
- Fièvre
- Manifestations hémorragiques sous différentes formes pouvant conduire à une défaillance multiviscérale
- Inconnu
- Autre :

##### Méthodes diagnostiques :

- Inconnu
- Autre :



## Déclaration des maladies infectieuses Hépatite A aiguë

**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://www.adobe.com).

### 1. Médecin

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Signalétique du médecin

Code médecin* :	<input type="text"/>
Nom* :	<input type="text"/>
Prénom* :	<input type="text"/>
Spécialité* :	<input type="text"/>

#### Adresse professionnelle

Numéro* :	<input type="text"/>
Rue* :	<input type="text"/>
Code postal* :	<input type="text"/>
Localité* :	<input type="text"/>
Pays* :	<input type="text"/>

#### Contact du médecin

Téléphone :	<input type="text"/>
Adresse e-mail :	<input type="text"/>

#### Signature du médecin

Fait à* :	<input type="text"/>
Le* :	<input type="text"/>
	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%; text-align: center; vertical-align: bottom;"><i>(signature)</i></div>



## 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\* :

Hépatite A aiguë

#### 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  
(par ordre décroissant de probabilité de l'infection)

#### 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 début des premiers symptômes : Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asymptomatique                       | <input type="checkbox"/> Fièvre                 |
| <input type="checkbox"/> Fatigue                              | <input type="checkbox"/> Ictère                 |
| <input type="checkbox"/> Anorexie                             | <input type="checkbox"/> Nausées intermittentes |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée                             | <input type="checkbox"/> Perte d'appétit        |
| <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales                 | <input type="checkbox"/> Vomissements           |
| <input type="checkbox"/> Elévation des transaminases sériques |   |
| <input type="checkbox"/> Inconnu                              |   |
| <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>         |   |

##### Transmission probable :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentaire y compris la consommation d'eau potable | <input type="checkbox"/> Sexuelle                        |
| <input type="checkbox"/> Animal à homme                                      | <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine            |
| <input type="checkbox"/> Associée aux soins de santé                         | <input type="checkbox"/> Transplantation d'organe        |
| <input type="checkbox"/> Eau de baignade                                     | <input type="checkbox"/> Usage de drogues intraveineuses |
| <input type="checkbox"/> Exposition professionnelle (p.ex. labo)             |  |
| <input type="checkbox"/> Homme à homme                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Mère - enfant                                       |  |
| <input type="checkbox"/> Inconnu   |  |
| <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>                        |  |

##### Risque de contagion

Risque n°	Lieu	Adresse	Localité	Année
1	<input type="checkbox"/> Ecole			
2	<input type="checkbox"/> Structure d'éducation et d'accueil			
3	<input type="checkbox"/> Maison de soins			
4	<input type="checkbox"/> Foyer pour demandeurs de protection internationale			
5	<input type="checkbox"/> Autre I			
6	<input type="checkbox"/> Autre II			



## Déclaration des maladies infectieuses Hépatite E aiguë

**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 Systems Incorporated).

### 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)



## Déclaration des maladies infectieuses SIDA

**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://www.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 :



#### 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 du premier test VIH positif :

Type VIH :  VIH1  VIH2  VIH1 et VIH2  Inconnu

Date début des premiers symptômes : Mois :  Année :

##### Manifestations cliniques :

###### Indicateurs SIDA :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer invasif du col  | <input type="checkbox"/> Leuco-encéphalite multifocale progressive                  |
| <input type="checkbox"/> Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire  | <input type="checkbox"/> Lymphome cérébrale primaire                                |
| <input type="checkbox"/> Candidose de l'oesophage   | <input type="checkbox"/> Lymphome de Burkitt  |
| <input type="checkbox"/> Coccidioidomycose disséminée ou extrapulmonaire  | <input type="checkbox"/> Lymphome immunoblastique                                   |
| <input type="checkbox"/> Cryptococcose extrapulmonaire  | <input type="checkbox"/> Lymphome, non spécifiée                                    |
| <input type="checkbox"/> Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois  | <input type="checkbox"/> Pneumonie à pneumocystis carinii                           |
| <input type="checkbox"/> Cancer invasif du col  | <input type="checkbox"/> Pneumonie interstitielle lymphoïde chez un enfant < 13 ans |
| <input type="checkbox"/> Encéphalopathie due au VIH   | <input type="checkbox"/> Pneumopathie bactérienne récurrente                        |
| <input type="checkbox"/> Histoplasmose disséminée ou extrapulmonaire  | <input type="checkbox"/> Rétinite à CMV   |
| <input type="checkbox"/> Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)  | <input type="checkbox"/> Sarcome de Kaposi  |
| <input type="checkbox"/> Infection à Mycobacterium avium complex or M. kansasii, disséminée ou extrapulmonaire                      | <input type="checkbox"/> Septicémie à salmonelle non typhi récurrente               |
| <input type="checkbox"/> Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire                                  | <input type="checkbox"/> Syndrome de déperissement lié au SIDA                      |
| <input type="checkbox"/> Infection à Mycobacterium tuberculosis - extrapulmonaire   | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose cérébrale                                     |
| <input type="checkbox"/> Infection à Mycobacterium tuberculosis - pulmonaire  |   |
| <input type="checkbox"/> Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne |   |
| <input type="checkbox"/> Infection(s) opportunistes, non spécifiées   |   |
| <input type="checkbox"/> Infections bactérienne multiple ou récurrente  |   |
| <input type="checkbox"/> Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)   |   |

Taux de CD4 au moment du diagnostic :

/ mm<sup>3</sup>



## 5. Informations sur la maladie (cont.)

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

### Critères cliniques

Nom de la maladie (rappel) :

### Antécédents

Traitement antiretroviral avant le diagnostic du SIDA :

Oui  Non  Inconnu

Transmission probable :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Patient hémophile   | <input type="checkbox"/> Originaire d'un pays avec épidémie généralisée  |
| <input type="checkbox"/> Contact hétérosexuel  | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec un homme bisexuel  |
| <input type="checkbox"/> Utilisation de drogues injectables<br>- avoir injecté même une fois dans sa vie       | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec une personne hémophile   |
| <input type="checkbox"/> MSM / homo ou homme bisexuel  | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec une personne connue d'être infectée et inconnu si la<br>personne appartient à une des catégories énumérées |
| <input type="checkbox"/> Mère - enfant   | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec une personne utilisant des drogues injectables   |
| <input type="checkbox"/> Nosocomiale   | <input type="checkbox"/> Relation sexuelle avec une personne originaire ou habitant dans un pays<br>avec une épidémie généralisée                          |
| <input type="checkbox"/> Receveur de sang  | <input type="checkbox"/> Forte suspicion d'avoir été infecté par contact hétérosexuel, information sur<br>facteur de risque et partenaire inconnue         |
| <input type="checkbox"/> Inconnu   | <input type="checkbox"/> Inconnu   |
| <input type="checkbox"/> Infecté par contact hétérosexuel non connu d'appartenir à une des catégorie énumérées |  |
| <input type="checkbox"/> Originaire d'un pays avec épidémie généralisée  |  |
| <input type="checkbox"/> Utilisation de drogues injectables - avoir injecté même une fois dans sa vie          |  |
| <input type="checkbox"/> Receveur de sang  |  |
| <input type="checkbox"/> Non applicable  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre / indéterminé : <input type="text"/>  |  |

### Autres Données

Pays de naissance :   Inconnu

Pays d'origine :   Inconnu

Nationalité :   Inconnu

Date d'arrivée au Grand-Duché de Luxembourg :   Inconnu