



---

### Patient/e

Nom/prénom: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe: [ ] f [ ] m  
Domicile: NPA \_\_\_\_\_ Canton \_\_\_\_\_ Nationalité: \_\_\_\_\_

---

### Diagnostic

Motif du prélèvement positif : [ ] diagnostic microbiologique d'une infection; [ ] contrôle  
d'entourage d'un autre cas; [ ] autre \_\_\_\_\_  
Date du prélèvement: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Recherche de PVL effectuée: [ ] oui [ ] non Si oui, résultat: [ ] positif; [ ] négatif  
Lieu du prélèvement positif: [ ] site infecté; [ ] nez; [ ] plis inguinaux; [ ] Autre: \_\_\_\_\_

---

### Infection : ne remplir cette rubrique **QUE SI infection clinique avec isolement de MRSA**

Date du début de l'infection actuelle: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Type d'infection: [ ] abcès; [ ] furoncle; [ ] folliculite; [ ] plaie infectée; [ ] impétigo  
[ ] pneumonie; [ ] bactériémie; [ ] infection génitale; [ ] infection urinaire;  
[ ] autre \_\_\_\_\_  
Site d'infection (ex. main, visage, etc.): \_\_\_\_\_  
Il s'agit d'un(e): [ ] 1<sup>er</sup> épisode; [ ] infection récidivante

---

### Exposition dans les 12 mois précédant le diagnostic

#### Contacts avec des lieux de soins de ≥24 heures ET sans lien avec l'infection actuelle

Hospitalisation: [ ] oui [ ] non  
Soins ou consultations effectués en ambulatoire: [ ] oui [ ] non  
Résidence dans un lieu de vie ou de soins: [ ] oui [ ] non  
Employé dans un lieu de soins: [ ] oui [ ] non  
Membre de la famille ou proche hospitalisé ou employé dans un lieu de soins: [ ] oui [ ] non

#### Autres

Voyage à l'étranger: [ ] oui [ ] non Si oui, où: \_\_\_\_\_ date retour: \_\_\_\_\_  
Personne dans l'entourage avec des lésions identiques: [ ] oui [ ] non  
Séjour en collectivité (internat, foyer, prison etc.): [ ] oui [ ] non  
Toxicomanie: [ ] oui [ ] non  
Sport collectif ou de contact: [ ] oui [ ] non Si oui, lequel: \_\_\_\_\_

---

#### Contacts:

Recherche de contacts: [ ] oui [ ] non  
Activité professionnelle: \_\_\_\_\_  
Si enfant: nom de l'école ou de la crèche \_\_\_\_\_

---

#### Médecin

Prénom Nom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
N° de téléphone/fax: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_