REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de la santé et des mobilités
Office cantonal de la santé

Déclaration MRSA d'acquisition communautaire

A remplir et à envoyer au service du médecin cantonal dans le délai d'une semaine
à l'adresse maladies.transmissibles@etat.ge.ch

Nom du laboratoire :

Patient : Nom : Prénom :
Date naissance : Sexe :
Numéro postal :

Médecin traitant : Nom : Prénom :
Adresse :

Prélèvement : Date :
Lieu et nature du prélèvement :

Renseignements cliniques et antécédents :

Antibiogramme :

Antibiotiques	R	S	I
Pénicilline			
Oxacilline			
Gentamicine			
Tétracyclines			
Erythromycine			
Clindamycine			
Rifampicine			
Ciprofloxacine			
Co-trimoxazole			
Acide fusidique			
Vancomycine			
Teicoplanine			
Mupirocine			

Toxine de Panton-Valentine ☐☐ Recherchée : oui / non ☐☐ Résultat : positif / négatif

Date et signature