

Questionnaire à retourner à la DDASS de

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
(Décret du 10 juin 1986)

FIÈVRE TYPHOÏDE
OU PARATYPHOÏDE

*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)*

Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

Critères de déclaration :

Hémoculture positive à *Salmonella typhi*, *paratyphi A* ou *paratyphi B*.

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : /____/____/____/ ou Âge : _____

Code postal du domicile : _____

Nationalité : _____ Profession : _____

Date des premiers signes cliniques : /____/____/____/

Diagnostic :

	Hémocultures	Date d'isolement
<i>s. typhi</i>		
<i>s. paratyphi A</i>		
<i>s. paratyphi B</i>		

Origine de la contamination :

- Le patient revient-il d'un séjour à l'étranger datant de moins d'un mois ? Oui Non Inconnu

Dans quel pays : _____

- Origine supposée de la contamination (coquillage, eau, lait ...)

- Y a-t-il d'autres cas dans l'entourage ? Oui Non Inconnu

-

-

-

Hospitalisation : Date : /____/____/____/

Durée : _____ jours

Évolution :

Guérison,

Décès

Médecin déclarant

Date de déclaration : /____/____/____/

Nom :

Signature et tampon :

Adresse :

Téléphone :

Semaine de déclaration sur Minitel |____|____|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

Questionnaire à retourner à la DDASS de

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
(Décret du 10 juin 1986)
TUBERCULOSE

*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)*

Critères de déclaration :

Tuberculose - maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement anti-tuberculeux (au moins 3 anti-tuberculeux).

La primo-infection sans localisation patente (simple virage des tests tuberculiques) et les infections à mycobactéries autres que *M. tuberculosis*, *bovis*, et *africanum* ne doivent pas être déclarées.

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : |_____|_____|_____|
JJ MM AA

Nationalité : _____

Pays de naissance : _____

Code postal du domicile : |_____|_____|_____|_____|

Résidence en collectivité

Oui

Non

Ne sait pas

Si OUI laquelle :

Et. d'hébergement pour personnes âgées

Et. pénitenciaire

Centre d'hébergement social

Foyer de travailleur

Autre, préciser : _____

Date de mise en route du traitement : |_____|_____|_____|
JJ MM AA

Antécédents vaccinaux chez les enfants de moins de 15 ans :

Vaccination par le BCG : Oui, Non, Ne sait pas.

Date de cette vaccination : |_____|_____|_____|
JJ MM AA

Localisation(s)

Pulmonaire

Pleurale

Ostéo-articulaire

Méningée

Urinaire

Génitale

Autres

Ganglionnaire hilare

Ganglionnaire autre

Préciser : _____

Confirmation bactériologique

Recherche dans l'expectoration ou les prélèvements bronchiques:

• De bacilles acido-alcoolo-résistants à l'examen direct

Positive

Négative

• De bacilles tuberculeux à la culture

Positive

Négative

En cours

Non faite

• Si autre technique, *précisez laquelle* : _____

Positive

Négative

Présence d'un bacille tuberculeux dans des prélèvements d'autres origines

Oui

Non

Facteurs favorisants

Antécédents de tuberculose traitée : Oui Non Ne sait pas

Si OUI, année de traitement : |_____|_____|
AA AA

Recherche d'anticorps anti-VIH : Faite Non faite Ne sait pas

Si OUI, résultats : Positif Négatif Ne sait pas

Dépistage dans l'entourage

Demande d'intervention du Service départemental de lutte contre la tuberculose
(dans ce cas, veuillez contacter ce service au numéro suivant :

Oui

Non

Médecin déclarant

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Semaine de déclaration sur Minitel |_____|_____|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

Date de déclaration : /_____/_____/_____/

Signature et tampon :

TÉTANOS

*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)*

Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

Critères de déclaration :

Uniquement les tétanos généralisés

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : /____/____/____/ ou Âge : _____

Code postal du domicile : _____

Profession : _____

Date des premiers signes cliniques : /____/____/____/
JJ MM AA

Antécédents vaccinaux :

Le patient a-t-il déjà reçu une vaccination complète (2 injections et un rappel) ?

Oui Non Inconnu

Date du dernier rappel : /____/____/____/

Porte d'entrée :

- Siège : _____ Date supposée : /____/____/____/

- Mode de contamination (blessure, plaie chronique, ...) : _____

Hospitalisation :

(en service de réanimation)

Date : /____/____/____/

Durée : _____ jours

Évolution :

Guérison, Décès, Séquelles

Si séquelles, préciser : _____

Médecin déclarant

Date de déclaration : /____/____/____/

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Signature et tampon :

Semaine de déclaration sur Minitel |____|____|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE AIGÜE*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)***Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire****Critères de déclaration :**

Poliomyélite paralytique ou méningée.

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : /____/____/____/ ou Âge : _____

Code postal du domicile : _____

Nationalité : _____

Description clinique : Forme méningée simple Forme paralytique

→ Atteinte respiratoire :

 Oui Non

Date des premiers signes cliniques : /____/____/____/

Confirmation du diagnostic :

Nature du prélèvement : _____

Isolement du virus :

Type : _____

Date : /____/____/____/

Séroconversion : Non Oui → préciser le type : _____

Nom et adresse du laboratoire : _____

Antécédents vaccinaux (poliomyélitiques) :

Type	Dates	Fabrication et N° de lot
_____	/____/____/____/	_____
_____	/____/____/____/	_____
_____	/____/____/____/	_____

Notion de contage connu :- Contact avec des sujets ayant reçu du vaccin poliomyélitique buccal dans les 2 mois précédant les premiers signes cliniques : Oui Non Inconnu- Séjour à l'étranger dans le mois précédant les premiers signes : Oui Non

Si OUI, lieu : _____

- Autre (préciser) : _____

Évolution : Guérison Décès Séquelles

Si séquelles, préciser : _____

Médecin déclarant

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Date de déclaration : /____/____/____/

Signature et tampon :

Semaine de déclaration sur Minitel |____|____|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

DIPHTÉRIE

*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)*

Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

Critères de déclaration :

Isolement de *Corynebacterium diphtheriae* et mise en évidence de la toxine.

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : /____/____/____/ ou Âge : _____

Code postal du domicile : _____

Nationalité : _____ Profession : _____

Date des premiers signes cliniques : /____/____/____/

Antécédents vaccinaux :

Le patient a-t-il déjà reçu une vaccination complète (2 injections et un rappel) ?

Oui Non Inconnu

Date du dernier rappel : /____/____/____/

Notion de contagion connue : Oui Non

- Si oui, préciser les circonstances : _____

Prophylaxie des sujets contacts :

En collectivité : Oui Non

En milieu familial : Oui Non

- Revaccination de sujets antérieurement vaccinés : nombre de personnes : _____

- Chimio prophylaxie de sujets non vaccinés : nombre de personnes : _____

Hospitalisation : Date : /____/____/____/ Durée : _____ jours

Évolution : Guérison Décès Séquelles

Si séquelles, préciser : _____

Médecin déclarant

Nom :

Date de déclaration : /____/____/____/

Adresse :

Signature et tampon :

Téléphone :

Semaine de déclaration sur Minitel |____|____|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

Questionnaire à retourner à la DDASS de

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
(Décret du 10 juin 1986)

**MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE
ET MÉNINGOCOCCÉMIES**

*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)*

Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

Critères de déclaration :

Méningocoque isolé dans le sang ou le L.C.R.

Ou bien, présence d'antigène soluble dans le L.C.R., le sang ou les urines.

Important : Pour les cas survenus dans une collectivité, la DDASS doit être alertée dans les plus brefs délais, indépendamment de cette feuille de déclaration, en raison des mesures précoces de prévention à prendre dans l'entourage du malade (chimioprophylaxie avec ou sans vaccination).

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : /____/____/____/ ou Âge : _____

Code postal du domicile : _____

Purpura fulminans (purpura extensif avec collapsus grave) ? : Oui Non

Confirmation du diagnostic :

- Méningocoque isolé dans : Sang L.C.R. Non isolé

- Groupe : A B C Autre Non groupé

- Antigène soluble : Absence Présence Non recherché

Hospitalisation (phase aiguë) : Date : /____/____/____/ Durée : _____ jours

Évolution : Guérison Décès Séquelles

Si séquelles, préciser : _____

Prophylaxie des sujets contacts :

Chimioprophylaxie, nombre de personnes
(Précisez l'antibiotique)

Vaccination, nombre de personnes

Collectivité

Milieu familial

Autres cas dans l'entourage : Oui Non Inconnu

Pour chaque autre cas, indiquer les initiales et la date de diagnostic :

-
-
-

Médecin déclarant

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Date de déclaration : /____/____/____/

Signature et tampon :

Semaine de déclaration sur Minitel |____|____|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

Questionnaire à retourner à la DDASS de

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
(Décret du 10 juin 1986)

**TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES
COLLECTIVES**

*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)*

Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

Critères de déclaration :

Apparition d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Important : Dans le cas d'un produit commercialisé ou d'un foyer survenu en restauration collective, la DDASS doit être alertée dans les plus brefs délais, afin de prendre les mesures nécessaires.

Caractéristiques du/des malades :

Initiales	Âge	Sexe	Code postal (domicile)	Date et heure du début des signes cliniques	Signes cliniques N : nausée V : vomissements D : diarrhée F : fièvre A : douleurs abdominales
(ex : G.L.)	31	F	17000	10/06/86 à 12 h	V, D, F, A)

Complications (préciser) : _____

Analyses microbiologiques :

Chez les malades : _____

Dans les aliments : _____

Origine de l'intoxication :

- Date et heure du repas : /___/___/___/ à _____ heures

- Lieu du repas - Repas familial

- Restaurant

- Collectivité

→ Scolaire

Restaurant d'entreprise

Autre (Préciser) : _____

- Aliment(s) suspecté(s) : _____

- Origine : _____

Commentaires (circonstances, ...) :

Médecin déclarant

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Date de déclaration : /___/___/___/

Signature et tampon :

Semaine de déclaration sur Minitel |___|___|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

Questionnaire à retourner à la DDASS de

MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
(Décret du 10 juin 1986)

BOTULISME

*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)*

Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

Critères de déclaration :

Diagnostic clinique de botulisme. Une seule fiche peut être utilisée pour des cas groupés.

Important : Dans le cas d'un produit commercialisé, la DDASS doit être alertée dans les plus brefs délais, afin de prendre les mesures nécessaires à l'identification et au retrait de la vente ou à la saisie des produits incriminés.

Caractéristiques du/des malades :

N° du cas	Initiales	Âge	Sexe	Code postal (domicile)	Date et heure du début des signes cliniques	Hospitalisation
1					/___/___/___/	
2					/___/___/___/	
3					/___/___/___/	
4					/___/___/___/	

Description clinique :

N° du cas	Troubles Digestifs (préciser)	Troubles visuels (préciser)	Paralysies (préciser)	Assistance respiratoire	Évolution
1					
2					
3					
4					

Origine de l'intoxication :

Aliment suspecté : _____

Date de la consommation : /___/___/___/ à _____ heures

Origine du produit :
- Familiale Non Oui
- Commercialisée Non Oui → - Artisanale
- Industrielle

Marque : _____

N° du lot : _____

Producteur : _____

Confirmation microbiologique :

Type de la toxine : _____

Isolement - dans l'aliment Oui Non - dans les selles Oui Non
- dans le sérum Oui Non - autre : _____ Oui Non

Commentaires (circonstances, ...) :

Médecin déclarant Nom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____

Date de déclaration : /___/___/___/

Signature et tampon : _____

Semaine de déclaration sur Minitel |___|___|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

PALUDISME AUTOCHTONE*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)***Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire****Critères de déclaration :**Présence de *Plasmodium* au frottis ou à la goutte épaisse et absence de voyage en zone d'endémie depuis un an.
Les cas contractés dans les départements d'outre-mer sont à déclarer.**Caractéristiques du malade :**

Initiale du nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : /____/____/____/ ou Âge : _____

Nationalité : _____

Code postal du domicile : _____

Confirmation du diagnostic :

Date du diagnostic : /____/____/____/

Espèce plasmodiale : *P. falciparum* *P. vivax*
 P. Malariae *P. ovale***Hospitalisation** (Phase aiguë): Non Oui → Date : /____/____/____/ Durée : _____ jours**Pour *P. falciparum* :**

- Chimiorésistance prouvée in vitro (par le centre national de référence)

à quel(s) antipaludéen(s) : _____

- Clinique : Accès simple Accès pernicieux → Évolution Favorable Décès**Origine de la contamination :**- Transfusion : _____ Oui Non Inconnu Date /____/____/____/- Lieu présumé : zone aéroportuaire Oui Non Inconnu /____/____/____/
ailleurs Oui Non Inconnu /____/____/____/

Préciser l'origine géographique supposée : _____

Lieux et dates des voyages en pays impaludé depuis plus d'un an et moins de dix ans

-
-
-**Médecin déclarant**

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Semaine de déclaration sur Minitel |____|____|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

Date de déclaration : /____/____/____/

Signature et tampon :

BRUCELLOSEDroit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)**Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire****Critères de déclaration :**Signes cliniques de brucellose associés à un isolement de *Brucella* ou une conversion sérologique.**Caractéristiques du malade :**

Initiale du nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : /____/____/____/ ou Âge : _____

Code postal du domicile : _____

Profession : _____

Date des premiers signes cliniques : /____/____/____/

Confirmation du diagnostic :Isolement de *Brucella* : Non Oui →*B. melitensis* *B. abortus bovis* *B. abortus suis*

Sérodiagnostic et/ou intra-dermo réaction : _____

Date de la confirmation du diagnostic : /____/____/____/

Origine de la contamination :- Contact avec des animaux infectés : Oui Non Inconnu- Manipulation de fumier de brebis ou de chèvre : Oui Non Inconnu- Consommation de lait de brebis ou de chèvre : Oui Non Inconnu- Consommation de fromage frais (fermentation < 1 mois) : Oui Non Inconnu- Travail exposé (Laboratoire, abattoir,...) : Oui Non Inconnu- Autre forme de contamination : Oui Non Inconnu

préciser : (par exemple, crudités contaminées par du fumier)

Lieu de la contamination : _____

Autres cas dans l'entourage :

Nombre : _____

Préciser si possible les initiales et les dates de diagnostic :

-
-
-**Médecin déclarant**

Nom :

Date de déclaration : /____/____/____/

Adresse :

Signature et tampon :

Téléphone :

Semaine de déclaration sur Minitel |____|____|
(partie à remplir par la DDASS) SS AA

CHOLÉRA*Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire
du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)***Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire****Critères de déclaration :**

Seuls les cas de choléra pour lesquels un vibron cholérique a été identifié et confirmé par le centre national de référence des vibrons doit être déclaré.

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : /____/____/____/ ou Âge : _____

Code postal du domicile : _____

Nationalité : _____

Date du début de la maladie : /____/____/____/

Signes cliniques :Hospitalisation : Oui Non

Date : /____/____/____/

 Diarrhée Vomissements Déshydratation**Bactériologie :**Identification du vibron : Coproculture Autre

Date : /____/____/____/ Laboratoire : _____ Résultat : _____

Confirmation du CNR : Date : /____/____/____/ Lysotypie : _____

Origine de la contamination :- Séjour à l'étranger (5 jours précédant le début de la maladie) : Oui Non Inconnu

- Si oui, préciser le lieu : Pays : _____ Localité : _____

- Conditions de séjour : Hôtel Camping Famille Location- Boissons : Eau du robinet Puits Autres, préciser : _____- Origine de fruits et légumes consommés :
 Marché Potager Autres, préciser : _____

- Retour en France : Date : /____/____/____/ Moyen de transport : _____

- Autres malades dans l'entourage : Nombre _____

Préciser si possible les initiales des autres malades, et remplir une fiche pour chaque malade.

-

-

Évolution : Guérison Rechute Décès**Traitements**

- Antibiothérapie : Nature : _____ Dose : _____ Durée : _____

- Autres traitements : _____

ProphylaxieIsolement du malade : Oui NonRecherche de porteurs de germes dans l'entourage : Oui NonChimioprophyllaxie de l'entourage : Oui Non

Si oui, préciser : _____

Désinfection : Oui Non**Médecin déclarant**

Nom :

Date de déclaration : /____/____/____/

Adresse :

Signature et tampon :

Téléphone :

LÉGIONELLOSE

- Maladie à déclaration obligatoire (décret du 10 juin 1986, modifié en 1987)
- Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)
- Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

Critères de déclaration :**Pneumopathie associée à au moins un des résultats suivants :***Cas confirmé :*

1. **isolement** de *Legionella spp.* dans un prélèvement clinique
2. **augmentation du titre d'anticorps** (x4) avec un 2^{ème} titre minimum de 128
3. **immunofluorescence directe** positive
4. présence d'**antigène soluble urinaire**

Cas possible :

5. **titre d'anticorps élevé** (≥ 256)

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : _____

Prénom : _____

Sexe : M F

Date de naissance : /____/____/____/ ou Âge : _____

Code postal du domicile : _____

Profession : _____

Signes cliniques :

Date des premiers signes : /____/____/____/

Pneumopathie confirmée radiologiquement : Oui NonÉvolution : Guérison Encore malade Décès

Si OUI, date du décès : /____/____/____/

Confirmation du diagnostic :

	Pos	Neg	Non effectué
Culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunofluorescence directe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antigène soluble urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sérologie1^{er} prélèvement2^{ème} prélèvement

Date /____/____/____/

Date /____/____/____/

Titre 1 : _____

Titre 2 : _____

 En cours En cours Non effectué Non effectué

Espèce/sérogroupe

 L. pneumophila sérogroupe 1 Autre espèce (préciser) : _____ *L. pneumophila* autre sérogroupe (préciser) : _____ En cours:**Facteurs favorisants** Hémopathie ou cancer Corticothérapie Autres immunosuppresseurs Tabagisme Diabète Autres, préciser : _____**Exposition à risque (dans les 10 jours précédant les premiers signes de légionellose)**

Oui Non

Période

Hôpital: _____

Hôpital

du /____/____/____/ au /____/____/____/

Service : _____

Station thermale

du /____/____/____/ au /____/____/____/

Lieu : _____

Indiquer précisément les lieux (ville, pays) et types d'hébergements (adresse)

(si besoin, détails sur une feuille jointe)

Voyage, hôtel,

du /____/____/____/ au /____/____/____/

Camping,...

du /____/____/____/ au /____/____/____/

du /____/____/____/ au /____/____/____/

Piscine,

préciser : _____

jacuzzi...

préciser : _____

Autre exposition**Notion de cas groupés (cas liés aux mêmes lieux d'exposition dans les 6 derniers mois)** Oui Non, si oui, préciser :**Médecin déclarant**

Date de déclaration : /____/____/____/

Nom :

Adresse :

Signature et tampon :

Téléphone :

Semaine de déclaration sur Minitel |____|____|

(partie à remplir par la DDASS) SS AA

N.B. Si un enquête environnementale a eu lieu, merci de joindre une copie du rapport à cette fiche de déclaration

Maladie de CREUTZFELDT-JAKOB Syndrome de GERTSMANN-STRAUSSLER-SCHEINKER Insomnie fatale familiale

- Maladie à déclaration obligatoire (décret du 10 juin 1986, modifié)
- Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)
- Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

Critères de déclaration : Maladie de Creutzfeldt-Jakob, Syndrome de GERTSMANN-STRAUSSLER-SCHEINKER, insomnie fatale familiale, suspectés ou diagnostiqués sur la présence d'au moins un signe clinique neurologique associé à une démence et après élimination de toute autre cause neurologique.

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : _____ Prénom : _____
 Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aa) : /___/___/___/___/___/___/ ou Âge : _____
 Code postal du domicile : /___/___/___/___/___/___/

Premiers symptômes de la maladie : (Détailler)

Date d'apparition (mm/aa) : /___/___/___/___/

Signes cliniques :

- Démence Oui Non Date de début (mm/aa) : /___/___/___/___/
- Syndrome cérébelleux Oui Non Date de début (mm/aa) : /___/___/___/___/
- Myoclonies Oui Non Date de début (mm/aa) : /___/___/___/___/

Examens paracliniques

- EEG caractéristique Oui Non Date de début (mm/aa) : /___/___/___/___/
- Imagerie (dont scanner) normale Oui Non Date de début (mm/aa) : /___/___/___/___/
- Ponction lombaire normale Oui Non Date de début (mm/aa) : /___/___/___/___/

Autres signes (détailler en indiquant la date de début) :

- Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé : Oui Non

- Date de première hospitalisation (jj/mm/aa) : /___/___/___/___/___/___/ Lieu : _____

Facteurs de risque

- Dernière profession exercée par le patient : _____
- Antécédents de traitement :
 - Par hormone de croissance extractive : Oui Non Inconnu
 - Si oui, date de début de traitement (mm/aa) : /___/___/___/___/ date de fin de traitement (mm/aa) : /___/___/___/___/
 - Par gonadotrophines hypophysaires extractives : Oui Non Inconnu
 - Par glucocérebroside extractive (Cérédate®) : Oui Non Inconnu
- Antécédents familiaux de maladies à prion : Oui Non Inconnu
 - Si oui, préciser la maladie et le lien de parenté : _____
- Antécédents d'interventions neurochirurgicales ou ophtalmologiques : Oui Non Inconnu
 - Si oui, type d'intervention : _____ Date (jj/mm/aa) : /___/___/___/___/___/___/
 - Utilisation de dure-mère (neurochirurgie, embolisation, ...) : Oui Non Inconnu

Examens effectués ou prévus

- Examen génétique du gène de la PrP : Oui Non Mutation ou insertion : Oui Non
- Autopsie prévue : Oui Non Si non, motifs: _____
- Autre, préciser : Oui Non Si oui, résultats : _____

Médecin déclarant

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Date de déclaration (jj/mm/aa) : /___/___/___/___/___/___/

Signature et tampon :

- Maladie à déclaration obligatoire (décret n° 98-169 du 13 mars 1998, modifiant le décret n° 86-770 du 10 juin 1986)
- Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)
- Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

CRITÈRES DE DÉCLARATION : Isolement de *Listeria monocytogenes*.**CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT (ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né < 1 mois)**

Initiale du nom : _____ Prénom : _____ Profession : _____
 Date de naissance : /____/____/____/ Sexe : M F Code postal du domicile : _____

FORME CLINIQUE : **Non materno-néonatale**

Adulte (sauf femme enceinte) et enfant > 1 mois

 Forme neuroméningée :

(présence de signes neurologiques ou culture du L.C.R. positive)

 Bactériémie/Septicémie : (hémoculture positive avec culture du L.C.R. négative et absence de signes neurologiques) **Autres, préciser :** _____
(absence de signes neurologiques, hémoculture et culture du L.C.R. négatives) **Materno-néonatale** (femme enceinte et nouveau-né < 1 mois)Terme de la grossesse : _____
(en semaine d'aménorrhée) **Nouveau-né né vivant, date de naissance :** /____/____/____/Initiale du nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F **Mort *in-utero*, date de l'expulsion :** /____/____/____/ (avortement ou mort-né) **Forme maternelle isolée** (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)**BACTÉRIOLOGIE****Date du premier prélèvement positif à *Listeria monocytogenes* :** /____/____/____/**Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :**Forme non materno-fœtale : Hémoculture L.C.R. Autre, préciser : _____

Forme materno-néonatale :

Mère : Hémoculture Placenta Autre, préciser : _____*Nouveau-né* : Hémoculture L.C.R. Autre, préciser : _____*Produit d'avortement ou mort-né* : **PATIENT**Pathologie sous-jacente : Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser : _____

Traitement immunosuppresseur : Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser : _____

Au moment de diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé depuis plus de 10 jours ?

 Oui Non Ne sait pas. Si OUI, préciser le motif : _____**ÉVOLUTION DE LA LISTÉRIOSE AU JOUR DE LA DÉCLARATION** (Sauf mort *in utero*)

(En cas de forme materno-néonatale, l'évolution concerne le nouveau-né)

Décès : Oui Non Si OUI, date : /____/____/____/ Si NON, évolution : Favorable Incertaine**Médecin déclarant**

Nom :

Service :

Nom de l'hôpital :

Adresse :

Téléphone :

Semaine de déclaration sur Minitel |____|____|

(partie à remplir par la DDASS) SS AA

Date de déclaration : /____/____/____/

Signature et tampon :

- Maladie à notification obligatoire (Art D. 11-1 et 11-2 du Code de la santé publique)
- Droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978)
- Centralisation des informations à l'Institut de Veille Sanitaire

Important : cette maladie, justifiant une intervention urgente locale, nationale ou internationale, doit être signalée par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...) à la DDASS sans attendre l'envoi de la fiche ou confirmation du laboratoire de référence.

Critères de notification :

Cas certain : cas de charbon quelle que soit la forme clinique **et** isolement de *Bacillus anthracis* à partir d'un échantillon clinique.

Cas probable : (sans confirmation microbiologique)

- cas de charbon cutané
- ou autre forme clinique dans un contexte de cas animaux ou humains confirmés.

Caractéristiques du malade :

Initiale du nom : Prénom : Date de naissance : /__/__/____/
 Sexe : M F Code postal du domicile :
 Profession :

Date des 1^{ers} signes cliniques : /__/__/____/

Forme clinique :

Cutanée (escarre noirâtre) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Digestive :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Méningée :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Pulmonaire :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Septicémique :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Rhinopharyngée :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Hospitalisation : oui non

Si oui, date de l'hospitalisation : /__/__/____/ Lieu de l'hospitalisation :

Evolution (à la date de la notification) :

Guérison Encore malade Décès Si décès, date : /__/__/____./

Confirmation du diagnostic :

Isolement de *Bacillus anthracis* dans :

Vésicule	<input type="checkbox"/>	Date /__/__/____/	Sous une escarre	<input type="checkbox"/>	Date /__/__/____/
Sang	<input type="checkbox"/>	Date /__/__/____/	Selles	<input type="checkbox"/>	Date /__/__/____/
LCR	<input type="checkbox"/>	Date /__/__/____/	Expectorations	<input type="checkbox"/>	Date /__/__/____/
Adénopathies	<input type="checkbox"/>	Date /__/__/____/	Rhinopharynx	<input type="checkbox"/>	Date /__/__/____/

Amplification génique faite : Oui Non

Si oui : Date /__/__/____/ Résultat : Positive Négative

La souche a-t-elle été transmise au CNR : Oui Non

Origine suspectée de la contamination (au cours des deux mois précédant la date de début des signes) :

(Plusieurs réponses possibles)

- Voyage dans un pays d'endémie (Afrique, Moyen Orient, Asie du sud, ...) ; nom du (des) pays :
- Contact avec un animal malade atteint ou suspect de charbon :
 Lequel /_____/ Date /__/__/____/ Lieu
 Confirmation bactériologique Oui Non
- Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale en provenance de zone d'endémie
- Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale issus d'animaux abattus dans un cadre familial ou rituel
- Manipulations de produits importés de zone d'endémie (laines ou cuirs artisanaux, autres sous-produits animaux...)
- Autre. Détailler :

Existence d'autres cas dans l'entourage : Oui Non

Si oui :

1. Date du diagnostic /__/__/____/	certain <input type="checkbox"/>	probable <input type="checkbox"/>	Origine suspectée :
2. Date du diagnostic /__/__/____/	certain <input type="checkbox"/>	probable <input type="checkbox"/>	Origine suspectée :
3. Date du diagnostic /__/__/____/	certain <input type="checkbox"/>	probable <input type="checkbox"/>	Origine suspectée :

Médecin ou biologiste notifiant :

(Signature et tampon)

Nom :
 Adresse :
 Téléphone :

Si notification par un biologiste

Nom du médecin prescripteur,
 Adresse :
 Téléphone :

Date de la notification : /__/__/____/

Partie à remplir par la DDASS :
 Semaine de notification sur Minitel

_____|_____|_____|_____|
 SS AAAA