

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	Nom du clinicien :
Hôpital/service	Hôpital/service
Adresse	Adresse
Téléphone	Téléphone
Télocopie	Télocopie
Signature	



Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Cas n° 1
 Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Cas n° 1
 Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Cas n° 1
 Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Cas n° 1
 Sexe : M F Année de naissance : Code postal du domicile du patient :

Nombre de malades : Nombre de malades hospitalisés : Nombre de malades décédés :

Caractéristiques du/des malade(s) :											
Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Hospitalisation Oui/Non (date)	Date des 1 ^{ers} signes cliniques	Troubles digestifs (préciser) vomissements, diarrhée, constipation, sécheresse de la bouche	Troubles visuels Occulo-moteurs (préciser)	Paralysies (préciser)	Assistance respiratoire	Evolution (guérison, décès)	Confirmation du diagnostic (recherche toxine, autre) positif, négatif, non fait
exemple	31	M	42 500	Oui 10/06/95	10/06/95	Constipation, xérostomie...	Mydriase, diplopie...	dysphagie	non	En cours	Positif
Cas n° 1											
Cas n° 2											
Cas n° 3											
Cas n° 4											
Cas n° 5											
Cas n° 6											

Confirmation du diagnostic :

Recherche de *Clostridium botulinum* : Positif Négatif Non Fait

Recherche de Toxine botulique : Positif Négatif Non Fait

Type de la toxine :

Identification : dans le sérum : oui non dans les selles : oui non
 dans l'aliment : oui non autre prélèvement : oui non

préciser :

Botulisme
<p>Critères de notification : Diagnostic clinique de botulisme. Important : Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. La DDASS (ou les services vétérinaires) doit être alertée dans les plus brefs délais. Cette fiche doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification et par la DDASS en fonction des données de l'enquête effectuée.</p>

Origine de l'intoxication (alimentaire, blessure...) :

• Si alimentaire, précisez :

- Aliment incriminé ou suspecté :

- Date de la consommation : Département du repas : Nombre de personnes ayant participé au repas :

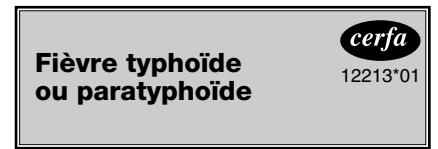
- Lieu du repas : Familial Restaurant Collectivité préciser
 (ex : école, entreprise, hôpital, crèche, maisons de retraite, CAT, MAS)

- Origine de l'aliment suspecté : Familiale Commercialisée Si commercialisée : industrielle artisanale

• Commentaires (circonstances, ...) :

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	DDASS : signature et tampon
Nom :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service	Hôpital/service	
Adresse	Adresse	
Téléphone	Téléphone	
Signature		

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	Nom du clinicien :
Hôpital/service	Hôpital/service
Adresse	Adresse
Téléphone	Téléphone
Télocopie	Télocopie
Signature	



Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Sexe : M F Année de naissance : Département du domicile du patient :

Profession : Pays de naissance :

Caractéristiques de la maladie :

Fièvre oui non inconnu

Date des 1^{ers} signes cliniques :

Hospitalisation : oui non inconnu

Date de l'hospitalisation :

Durée de l'hospitalisation : jours

Evolution : guérison encore malade Décès

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
<p>Critères de notification : Tableau clinique évocateur de fièvre typhoïde ou paratyphoïde associé à un isolement de <i>Salmonella</i> Typhi, Paratyphi A, Paratyphi B ou Paratyphi C, quel que soit le site de l'isolement.</p> <p>Ne pas notifier les sérologies positives à <i>Salmonella</i> Typhi et Paratyphi ni les infections à d'autres sérotypes de <i>Salmonella</i> (Typhimurium, Enteritidis,...) quel que soit le site d'isolement.</p>

Antécédents vaccinaux :

Le patient a-t-il été vacciné contre la fièvre typhoïde ? oui non inconnu

Si oui, nom du vaccin : Date de la dernière injection :

Confirmation microbiologique :

Isolement de : *Salmonella* Typhi *Salmonella* Paratyphi A *Salmonella* Paratyphi B *Salmonella* Paratyphi C

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) : sang selles autre, préciser :

Date du 1^{er} prélèvement positif :

Origine de la contamination :

Le patient a-t-il séjourné dans un pays étranger au cours du mois précédant le début des symptômes ? Oui Non Inconnu

Si oui, quel pays ?

Origine supposée de la contamination ?

Y a-t-il d'autres cas (confirmés par isolement ou cliniquement suspectés) dans l'entourage ? Oui Non Inconnu

Si oui :

Age (ans)	Date du diagnostic	Séjour étranger dans le mois précédant les symptômes	Pays du séjour	Lien avec le cas

Remplir une fiche de notification pour chaque cas confirmé

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	DDASS : signature et tampon
Nom :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service	Hôpital/service	
Adresse	Adresse	
Téléphone	Téléphone	
Signature		

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	Nom du clinicien :
Hôpital/service	Hôpital/service
Adresse	Adresse
Téléphone	Téléphone
Télocopie	Télocopie
Signature	



Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né < 1 mois :

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né < 1 mois :

Sexe : M F Date de naissance : Département du domicile du patient :

Evolution de la listériose au jour de la notification (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

Listériose
Critères de notification : Isolement de <i>Listeria monocytogenes</i>

Forme clinique :

Non materno-néonatale (*Adulte (sauf femme enceinte) et enfant ≥ 1 mois*)

Forme neuroméningée :
(présence de signes neurologiques ou isolement dans du L.C.R.)

Méningoencéphalite :
(coma, convulsions ou présence de signes neurologiques en foyer)

Méningite isolée

Bactériémie/Septicémie :
(hémoculture positive et absence de signes neurologiques)

Autres, préciser :
(absence de signes neurologiques, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR)

Materno-néonatale (*femme enceinte et nouveau-né < 1 mois*)

Terme de la grossesse :
(en semaine d'aménorrhée)

Nouveau-né né vivant, date de naissance :

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-néonatale : 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(s) sous-jacente(s) : Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser :

Traitement(s) immunodépresseur(s) : 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 la date d'hospitalisation

et le motif :

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	DDASS : signature et tampon
Nom :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service	Hôpital/service	
Adresse	Adresse	
Téléphone	Téléphone	
Signature		

