


République française

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

Maladie à déclaration obligatoire Choléra 
--

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

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance :

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

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

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

Signes cliniques :

Choléra
<p>Critères de notification : tableau clinique évocateur de choléra avec identification d'un vibron cholérique (confirmation par le Centre national de référence des vibrions nécessaire pour la déclaration internationale).</p>

Date des 1^{ers} signes cliniques :
 Hospitalisation : oui non
 Date de l'hospitalisation :
 Lieu de l'hospitalisation :
 Evolution : encore malade guérison décès
 Si décès, date :

Bactériologie :

Identification du vibron : coproculture autre, préciser :
 Date : Laboratoire :
 Confirmation du CNR : oui non Date :
 Sérogroupe : Sérotype :

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 5 jours précédant le début des signes) : oui non
 Si oui, préciser le lieu : pays : localité : date de retour en France :
 Consommation d'eau non embouteillée : oui non
 Consommation de fruits ou légumes crus non pelés : oui non
 Si non, consommation de produits frais venant de pays d'endémie : oui non
 Si oui, type de produits : Origine :
 Autres malades dans l'entourage : oui non Si oui, nombre :
 Préciser l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre :

- 1
- 2
- 3
- 4

Prophylaxie :

Isolement du malade : oui non
 Recherche de vibrions dans l'entourage : oui non
 Chimio-prophylaxie de l'entourage : oui non
 Si oui, nombre de personnes traitées : Antibiotique utilisé :

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