


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  Peste 12205

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 :

Date des 1^{ers} signes cliniques :

- Lymphadénite Pneumonie Septicémie

Hospitalisation : oui non

Date de l'hospitalisation :

Lieu de l'hospitalisation :

Evolution : encore malade guérison

décès Si décès, date :

Peste
Critères de notification : tableau clinique évocateur de peste quelle que soit la forme clinique confirmé par le Centre national de référence de la peste et autres yersinioses (confirmation nécessaire pour la déclaration internationale).

Confirmation biologique : Date :

Par isolement oui non Type de prélèvement :

Par sérologie oui non

Par PCR oui non

Confirmation par le CNR : oui non Date :

Origine de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes) : oui non

Si oui, préciser : lieu : pays : localité :

date du retour en France : moyen de transport :

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

Prophylaxie :

Isolement du malade : oui non

Autres malades dans l'entourage : oui non

Si oui, nombre de personnes traitées : Antibiotique utilisé :

Chimioprophylaxie des cas contact : 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 :		

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)