République française

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

Maladie à déclaration obligatoire

cerfa

Peste

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 : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

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

Date des 1ers 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 <u>remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé</u> 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 :		
Adresse :	Hôpital/service :	
Téléphone :	Adresse :	
Télécopie :	Téléphone :	
Signature :	Télécopie :	