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

N° 12208*02

Tétanos

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 : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Tétanos

Critères de notification : uniquement les tétanos généralisés.

Hospitalisation :

Date de l'hospitalisation : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Date de sortie du service de réanimation : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Evolution : ☐ guérison ☐ séquelles ☐ décès

Si séquelles, lesquelles : .....

Si décès, date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Origine possible de la contamination : ☐ connue ☐ inconnue

Mode de contamination probable :

☐ blessure ou plaie récente

☐ plaie chronique

☐ autre, préciser : .....

Contact direct ou indirect avec des débris de terre (voie publique, jardin, morsures, griffures...) : ☐ oui ☐ non

Circonstances de contamination : .....

Date supposée de la contamination : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Antécédents vaccinaux :

Le patient a-t-il reçu dans le passé une vaccination antitétanique complète avant sa maladie (≥3 doses) :

☐ oui ☐ non ☐ inconnue

Si oui, date de la dernière dose : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

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 :	