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

Typhus exanthématique

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 premiers signes cliniques : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Typhus exanthématique

Critères de notification : tableau clinique évocateur d'un typhus exanthématique avec confirmation biologique par le Centre national de référence des Rickettsia, Coxellia et Bartonella.

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé : ☐ oui ☐ non

Date de l'hospitalisation : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Lieu de l'hospitalisation : ....

Evolution : ☐ encore malade ☐ guérison

☐ décès Si décès, date : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Biologie :

Sérologie : ☐ oui ☐ non Date : |__|__|__|__|__|__|__|__| Laboratoire : ....

Confirmation du CNR : sérologie : ☐ oui ☐ non Date : |__|__|__|__|__|__|__|__|

isolement : ☐ oui ☐ non Date : |__|__|__|__|__|__|__|__|

PCR : ☐ oui ☐ non Date : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 2 semaines précédant le début des signes) : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser : lieu : pays : .... localité : ....

conditions de séjour précaires : ☐ oui ☐ non

date du retour en France : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Si non, conditions d'hébergement en France : ....

Autres malades dans l'entourage : ☐ oui ☐ non Si oui, préciser le 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 ....

4 ....

Prophylaxie :

Désinfection de l'environnement du cas : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Surveillance des cas contacts (*) : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Désinfection de l'environnement des cas contacts (*) : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

(*) A remplir par le déclarant et, si besoin, à compléter par le médecin de santé publique de l'ARS

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 :	

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)

Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire