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° 12215*02

Brucellose

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 : ☐☐☐☐ ou âge : ☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Date des premiers signes cliniques : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Symptômes et signes cliniques :

☐ fièvre ☐ syndrome neuro-méningé

☐ arthrite, préciser l'articulation touchée : .....

☐ spondilodiscite ☐ orchite

☐ endocardite ☐ abcès hépatiques

☐ autres, préciser : .....

Le patient avait-il des antécédents de brucellose : ☐ oui ☐ non ☐ nsp

Brucellose

Critères de notification : (cocher la case correspondante)

Tableau clinique évocateur de brucellose associé à :

☐ Cas confirmé : **isolement** de *Brucella spp.* dans un prélèvement clinique.

☐ Cas probable

1. Amplification génique positive dans un prélèvement clinique.
2. ou **multiplication par au moins 4 du titre d'anticorps ou séroconversion** entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé au moins 15 jours plus tard.

☐ Cas possible : mise en évidence d'anticorps à titre élevé dans un seul sérum.

S'agit-il d'une brucellose : ☐ aiguë ☐ chronique ☐ non évaluable

S'il s'agit d'une brucellose chronique, origine suspectée : .....

Confirmation du diagnostic :

Sérologie

1er prélèvement	*2e prélèvement*
Date : ☐☐/☐☐/☐☐ (j j m m a a)	Date : ☐☐/☐☐/☐☐ (j j m m a a)
Méthode1 :	Méthode1 : .....
Titre 1 :	Titre 1 : .....
Méthode 2 :	Méthode 2 : .....
Titre 2 :	Titre 2 : .....

Isolement de la bactérie : ☐ oui ☐ non ☐ nsp

Site de prélèvement : .....

Date de prélèvement : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Espèce isolée :

☐ *Abortus* ☐ *Melitensis* ☐ *Suis* ☐ *Canis* ☐ autre

Biovar : ☐

PCR

Nature du prélèvement : .....

.....

Date de prélèvement :

☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Résultat : .....

Expositions à risque (dans les 6 mois précédant les premiers signes de brucellose) :

Profession et secteur d'activités : ..... (si enfant, profession des parents)

Contact avec des animaux d'élevage en France : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Contact avec des animaux d'élevage à l'étranger : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Préciser le pays : .....

Si oui, préciser l'espèce animale (France et étranger) : .....

Contact avec des animaux sauvages : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, préciser l'espèce animale : .....

Consommation de lait cru : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, préciser le pays d'origine du lait et le type d'animal : .....

Consommation de fromage frais au lait cru : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, préciser le pays d'origine du fromage et le type de fromage : .....

Autre exposition à risque : .....

Séjour à l'étranger : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, préciser le ou les pays : .....

Cas dans l'entourage : ☐ oui* ☐ non ☐ inconnu combien : ☐☐

* Remplir une fiche pour tous les cas confirmés ou probables

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 :	