

République française

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



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.

Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né <1 mois :

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 :

Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né <1 mois :

Sexe : M F Date de naissance : Code postal du domicile du patient :

Evolution de la listériose au jour de la notification (sauf mort in utero, cf. infra) :

(En cas de forme maternonéonatale, l'évolution concerne le nouveau-né)

Décès : oui non Si oui, date : Si non, évolution : favorable incertaine

Listériose
Critères de notification
Isolement de Listeria monocytogenes.

Forme clinique :

- Non maternonéonatale (adulte (sauf femme enceinte) et enfant >=1 mois)
Forme neuroméningée (présence de signes neurologiques ou isolement dans du LCR)
Méningoencéphalite (coma, convulsions ou présence de signes neurologiques en foyer)
Méningite isolée
Rhombocéphalite
Abcès cérébral
Bactériémie/septicémie (hémoculture positive et absence de signes neurologiques)
Autres, préciser (absence de signes neurologiques, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR) :
Maternonéonatale (femme enceinte et nouveau-né <1 mois)
Terme de la grossesse : (en semaines d'aménorrhée)
Nouveau-né vivant
Date de naissance :
Sexe : M F
Signes d'infection chez le nouveau-né : oui non
Mort in utero (avortement ou mort né)
Date de l'expulsion :
Forme maternelle isolée (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)

Bactériologie :

Date du premier prélèvement positif à Listeria monocytogenes :

- Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :
Forme non maternonéonatale : hémoculture LCR autres, préciser :
Forme maternonéonatale :
Mère : hémoculture Placenta autres, préciser :
Nouveau-né : hémoculture LCR autres, préciser :
Produit d'avortement ou mort-né :

Contexte :

- Pathologie(s) sous-jacente(s) : oui non ne sait pas
Si oui, préciser :
Si cancer ou hémopathie :
stade : évolutif rémission diagnostic <5 ans : oui non ne sait pas
Traitements réducteurs de l'acidité gastrique : oui non ne sait pas
Si oui, préciser : inhibiteurs de la pompe à protons IPP anti H2 antiacide, pansement gastrique
Traitement(s) immunodépresseur(s) : oui non ne sait pas
Si oui, préciser : chimiothérapie antiTNF antirejet corticoïdes autre(s) immunodépresseur(s)
Si autre(s) immunodépresseur(s), préciser :
Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé pour une autre pathologie : oui non ne sait pas
Si oui, préciser la date d'hospitalisation :

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