

République française

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

Maladie à déclaration obligatoire cerfa 12218
Orthopoxviroses dont la variole

Important : tous les cas suspects de variole sont à signaler immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS avant même confirmation ou envoi de cette fiche.

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 :

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

Confirmation biologique du diagnostic : oui non
- Technique utilisée : PCR microscopie électronique
- Diagnostic d'espèce : variole cowpox monkeypox autre orthopoxvirose, préciser :
- Site du prélèvement : lésion cutanée énanthème buccal
prélèvement sanguin examen post-mortem autre, préciser :

La souche a-t-elle été envoyée à un laboratoire d'expertise des Orthopoxvirus : oui non Nom du laboratoire :

Date début des premiers signes cliniques :
Hospitalisation : oui non Si oui, date d'hospitalisation :
Lieu d'hospitalisation :
Evolution : guérison en cours décès séquelles, préciser :

Orthopoxviroses autres que la variole
Cas confirmé : signes cliniques évocateurs et confirmation biologique ou histopathologique.
Cas probable : signes cliniques évocateurs et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Origine possible de la contamination :
contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose : oui, cas confirmé(s) oui, cas suspecté(s) non ne sait pas
Si contact avec au moins 1 cas d'orthopoxvirose confirmé biologiquement, nature de l'orthopoxvirose :
variole autre orthopoxvirose, préciser :
Si oui, date ou période de contact dans les trois semaines précédant les premiers signes : à
laboratoire biologique/recherche
séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines Si oui, pays : Date de retour :
contact avec un animal infecté Si oui, espèce animale concernée :
L'orthopoxvirose animale était-elle : suspectée confirmée
Le patient exerce-t-il une profession médicale ou paramédicale : oui non Si oui, laquelle :

Vaccination antivariolique du patient :
Avant 1984 : oui non ne sait pas Si oui, nombre de doses : ne sait pas Année dernière dose : ne sait pas
Après 2002 : oui non Date :
Contexte de la vaccination : contact d'un cas contact d'un contact autre, préciser :
Si contact d'un cas, délai en jours entre premier contact avec le cas index en phase symptomatique et vaccination :

Mesures de contrôle (variole) :
Isolement du malade : oui non Si oui, date du début d'isolement :
Nombre de sujets contacts identifiés : Nombre de sujets contacts vaccinés : ne sait pas
Nombre de sujets contacts vaccinés dans les 4 jours suivant le premier contact avec le cas index en phase symptomatique : ne sait pas

Autres cas dans l'entourage (suspectés ou confirmés) : oui* non ne sait pas Si oui, nombre (si moins de 10) : 10 ou plus

* Remplir une fiche pour chaque cas suspecté ou confirmé.

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