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

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. Pour les autres orthopoxviroses, seuls les cas confirmés ou probables (voir définitions dans l'encadré) sont à signaler.

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 : .....
☐ diagnostic d'espèce non réalisé

– 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 biologie/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 :	**Nom du clinicien :**	
Hôpital/service :		
Adresse :	Hôpital/service :	
Téléphone :	Adresse :	
Télécopie :	Téléphone :	
Signature :	Télécopie :	