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

Choléra

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 : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ *(A établir par l'ARS)* **Date de la notification :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ *(A établir par l'ARS)* **Date de la notification :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : ☐☐☐☐ Département du domicile du patient : ☐☐☐

Signes cliniques :

Date des 1ers signes cliniques : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non

Date de l'hospitalisation : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Lieu de l'hospitalisation : .....

Evolution : ☐ encore malade ☐ guérison ☐ décès

Si décès, date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Choléra

Critères de notification : tableau clinique évocateur de choléra avec identification d'un vibrion cholérique (confirmation par le Centre national de référence des vibrions nécessaire pour la déclaration internationale).

Bactériologie :

Identification du vibrion : ☐ coproculture ☐ autre, préciser : .....

Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Laboratoire : .....

Confirmation du CNR : ☐ oui ☐ non Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Sérogroupe : ..... Sérotype : .....

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 5 jours précédant le début des signes) : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser le lieu : pays : ..... localité : ..... date de retour en france : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Consommation d'eau non embouteillée : ☐ oui ☐ non

Consommation de fruits ou légumes crus non pelés : ☐ oui ☐ non

Si non, consommation de produits frais venant de pays d'endémie : ☐ oui ☐ non

Si oui, type de produits : ..... Origine : .....

Autres malades dans l'entourage : ☐ oui ☐ non Si oui, nombre : ☐☐

Préciser l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre :

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

Prophylaxie :

Isolement du malade : ☐ oui ☐ non

Recherche de vibrions dans l'entourage : ☐ oui ☐ non

Chimioprophylaxie de l'entourage : ☐ oui ☐ non

Si oui, nombre de personnes traitées : ☐☐ Antibiotique utilisé : .....

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 :	