**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

# Diphtérie

N° 12198*03

**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 : ☐☐☐☐ Département du domicile du patient : ☐☐☐

Date des premiers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Porteur asymptomatique

Terrain particulier : .....

**Hospitalisation :** ☐ oui ☐ non Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

**Evolution :** ☐ guérison ☐ encore malade ☐ décès ☐ sans objet

☐ séquelles, préciser : .....

## Diphtérie

**Critères de notification : isolement de *Corynebacterium diphtheriae, ulcerans* ou *pseudotuberculosis*** ET mise en évidence du gène codant la **toxine diphtérique** (recherche à demander **en URGENCE** au Centre national de référence des Corynebactéries à l'Institut Pasteur de Paris).

**Confirmation du diagnostic (cas clinique ou isolement chez un porteur asymptomatique) :**

Date d'isolement : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nature du prélèvement : .....

Nom et adresse du laboratoire de la première identification : .....

Espèce de *Corynebacterium (C.)* identifiée : ☐ *C. diphtheriae* ☐ *C. ulcerans* ☐ *C. pseudotuberculosis* ☐ autre, préciser : .....

Mise en évidence du gène codant la toxine : ☐ oui ☐ non ☐ en cours Test Elek : ☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas

**Antécédents vaccinaux :**

Le sujet a-t-il reçu dans le passé une vaccination antidiphtérique complète (≥3 doses) : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Date de la dernière dose : ☐☐☐☐☐☐☐☐

**Notion de contage :** ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ Voyage récent en zone d'endémie Pays visité : ..... Retour en France le : ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Contact avec un sujet revenant de zone d'endémie Pays visité : .....

☐ Contact avec un cas

☐ Autre, préciser les circonstances : .....

Si isolement de *C. ulcerans* ou de *C. pseudotuberculosis* :

Contact avec des animaux (chien, chat, cheval, chèvre, autre) : ☐ oui ☐ non Si oui, préciser l'espèce animale concernée : .....

Investigation vétérinaire mise en place : ☐ oui ☐ non

**Surveillance et prophylaxie des sujets contacts (se reporter aux recommandations officielles de la conduite à tenir) :**

| Nombre de personnes | En milieu familial | En collectivité |
|---|---|---|
| Exposées (contacts proches) | ☐☐ | ☐☐ |
| Ayant reçu une antibioprophylaxie | ☐☐ | ☐☐ |
| Prélevées | ☐☐ | ☐☐ |
| Présentant un résultat positif | ☐☐ | ☐☐ |

✂

| 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 : | |