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

Fièvres hémorragiques africaines

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 1ers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non

Date de l'hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu de l'hospitalisation : .....

Evolution : ☐ encore malade ☐ guérison

☐ décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvres hémorragiques africaines

Critères de notification : tableau clinique évocateur de fièvres hémorragiques chez une personne ayant séjourné dans une zone de circulation de ces virus, ou ayant été en contact avec une personne malade suspectée de fièvre hémorragique virale (confirmation par le Centre national de référence des fièvres hémorragiques virales).

Virologie par le CNR : Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Type de virus : .....

Identification par :

isolement :	☐ oui	☐ non
sérologie :	☐ oui	☐ non
PCR :	☐ oui	☐ non
autres :	☐ oui	☐ non

Préciser : .....

Origine possible de la contamination :

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

Si oui, préciser : pays : .....

lieux suspectés de contamination : .....

.....

date du retour en France : ☐☐☐☐☐☐☐☐

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 <u>remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé</u> en indiquant le numéro d'ordre :

1 .....

2 .....

3 .....

Prophylaxie :

Isolement du malade : ☐ oui ☐ non Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Existence de cas secondaires dans l'entourage : ☐ oui ☐ non

Information du personnel médical et paramédical : ☐ oui ☐ non

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 :	