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

Fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes

cerfa N° 12213*02

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 : ☐☐☐☐ ou âge : ☐☐ Département du domicile du patient : ☐☐

Profession : ..... Pays de naissance : .....

Caractéristiques de la maladie :

Fièvre : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

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

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

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

Durée de l'hospitalisation : ☐☐☐ jours

Evolution : ☐ guérison ☐ encore malade ☐ décès

Fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes

Critères de notification
Tableau clinique évocateur de fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes associé à un isolement de *Salmonella* Typhi, Paratyphi A, Paratyphi B ou Paratyphi C, quel que soit le site de l'isolement.

Ne pas notifier les sérologies positives à *Salmonella* Typhi et Paratyphi ni les infections à d'autres sérotypes de *Salmonella* (Typhimurium, Enteritidis...) quel que soit le site d'isolement.

Antécédents vaccinaux :

Le patient a-t-il été vacciné contre la fièvre typhoïde : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, nom du vaccin : ..... Date de la dernière injection : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Confirmation microbiologique :

Isolement de : ☐ *Salmonella* Typhi ☐ *Salmonella* Paratyphi A ☐ *Salmonella* Paratyphi B ☐ *Salmonella* Paratyphi C

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) : ☐ sang ☐ selles ☐ autre, préciser : .....

Date du 1er prélèvement positif : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Origine de la contamination :

Le patient a-t-il séjourné dans un pays étranger au cours du mois précédant le début des symptômes : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, quel pays : .....

Origine supposée de la contamination : .....

Y a-t-il d'autres cas (confirmés par isolement ou cliniquement suspectés) dans l'entourage : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, remplir ce tableau :

Age (ans)	Date du diagnostic	Séjour étranger dans le mois précédant les symptômes	Pays du séjour	Lien avec le cas
☐☐	☐☐/☐☐/☐☐☐☐			
☐☐	☐☐/☐☐/☐☐☐☐			
☐☐	☐☐/☐☐/☐☐☐☐			
☐☐	☐☐/☐☐/☐☐☐☐			
☐☐	☐☐/☐☐/☐☐☐☐			

Remplir une fiche de notification pour chaque cas 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 :	