

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)
Nom :
Hôpital/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :
Si notification par un biologiste
Nom du clinicien :
Hôpital/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie

Maladie à déclaration obligatoire
cerfa
Orthopoxviroses
dont la variole
N° 12218\*04

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.

Initiale du nom :
Prénom :
Sexe : M F
Code d'anonymat :
(A établir par l'ARS)

Date de naissance :
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 :

Date des premiers signes cliniques :

Hospitalisation : oui non nsp

Si oui, motif :

- Douleur
Complications
Traitement sous ATU
Aide sociale
Pathologie concomitante

Si complication, préciser :

- Atteinte oculaire
Eruption généralisée
Atteinte cartilagineuse
Dermo hypodermite ou nécrose cutanée
Infection virale disséminée
Autre, préciser

Evolution : Guérison En cours Décès

Orthopoxviroses
Cas confirmé : signes cliniques évocateurs et confirmation biologique ou histopathologique
Cas probable : signes cliniques évocateurs et lien épidémiologique avec un cas confirmé

Diagnostic biologique : positif négatif non réalisé

Technique utilisée : PCR Microscopie électronique TROD Sérologie
Date du prélèvement :

Diagnostic d'espèce : Variole Cowpox Monkeypox Autre orthopoxvirose, préciser

Pour le virus Monkeypox : Clade (1, 2, etc) / nsp non réalisé
Sous-clade (a, b, etc) / nsp non réalisé

Site du prélèvement : Lésion cutanée, préciser le site : Enanthème
Prélèvement oropharyngé Prélèvement sanguin Autre, préciser

Origine possible de la contamination

Contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose (cas index) : oui, cas confirmé oui, cas probable non nsp

Lien du cas avec le(s) cas index : Cercle familial Même domicile Cercle amical Cercle professionnel Partenaire(s) sexuel(s)
Milieu de soin Collectivité hors soins, préciser Autre, préciser

Date du premier contact avec la personne possiblement à l'origine de la contamination :

Profession du cas :

Séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines :

oui non nsp Si oui, préciser le(s) pays Date de retour

Contact avec un animal malade ou à risque de transmettre un orthopoxvirus :

oui non nsp Si oui, préciser l'espèce(s) animale(s) concernée(s)

L'orthopoxvirose de l'animal était-elle suspectée confirmée nsp

Vaccination antivariolique du patient

Avant 1984 : oui non nsp

Après 2002 : oui non nsp Si oui, nombre de doses reçues Date de la dernière dose

Contexte de la vaccination : Contact d'un cas Contact d'un contact Vaccination préventive, préciser la raison

Infection antérieure par un orthopoxvirus : oui non nsp Si oui, lequel Date

Confirmation microbiologique de l'épisode antérieur : oui non nsp

Autre(s) cas dans l'entourage (confirmé(s) ou non) :

oui non nsp 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)