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

cerfa 12196*01

Charbon

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,…)** au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par la DDASS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par la DDASS)

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : ☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Profession : .....

Signes cliniques :

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

Forme clinique :

Cutanée (escarre noirâtre) :	☐ oui	☐ non
Digestive :	☐ oui	☐ non
Méningée :	☐ oui	☐ non
Pulmonaire :	☐ oui	☐ non
Septicémique :	☐ oui	☐ non
Rhinopharyngée :	☐ oui	☐ non

Charbon

Critères de notification :
- ***Cas confirmé*** : cas de charbon quelle que soit la forme clinique **et** isolement de *Bacillus anthracis* à partir d'un échantillon clinique.
- ***Cas probable*** : (sans confirmation microbiologique)
  - cas de charbon cutané
  - ou autre forme clinique dans un contexte de cas animaux ou humains confirmés.

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non Si oui, date de l'hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Lieu de l'hospitalisation : .....

Evolution (à la date de la notification) : ☐ Guérison ☐ Encore malade ☐ Décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation du diagnostic :

Isolement de *Bacillus anthracis* dans :

☐ Vésicule	Date	☐☐☐☐☐☐	☐ Sous une escarre	Date	☐☐☐☐☐☐
☐ Sang	Date	☐☐☐☐☐☐	☐ Selles	Date	☐☐☐☐☐☐
☐ LCR	Date	☐☐☐☐☐☐	☐ Expectorations	Date	☐☐☐☐☐☐
☐ Adénopathies	Date	☐☐☐☐☐☐	☐ Rhinopharynx	Date	☐☐☐☐☐☐

La souche a-t-elle été transmise au CNR : ☐ Oui ☐ Non

Amplification génique faite : ☐ Oui ☐ Non Si oui : Date ☐☐☐☐☐☐ Résultat : ☐ Positive ☐ Négative

Origine suspectée de la contamination (au cours des deux mois précédant la date de début des signes) : *(Plusieurs réponses possibles)*

☐ Voyage dans un pays d'endémie (Afrique, Moyen Orient, Asie du sud, …) ; nom du (des) pays : .....

☐ Contact avec un animal malade atteint ou suspect de charbon :

Lequel ..... Date ☐☐☐☐☐☐ Lieu .....

Confirmation bactériologique ☐ Oui ☐ Non

☐ Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale en provenance de zone d'endémie

☐ Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale issus d'animaux abattus dans un cadre familial ou rituel

☐ Manipulations de produits importés de zone d'endémie (laines ou cuirs artisanaux, autres sous-produits animaux…)

☐ Autre. Détailler : .....

Existence d'autres cas dans l'entourage : ☐ Oui ☐ Non

Si oui :

1. Date du diagnostic ☐☐☐☐☐☐ ☐ confirmé ☐ probable Origine suspectée : .....
2. Date du diagnostic ☐☐☐☐☐☐ ☐ confirmé ☐ probable Origine suspectée : .....
3. Date du diagnostic ☐☐☐☐☐☐ ☐ confirmé ☐ probable Origine suspectée : .....

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