

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

<b>Fièvres hémorragiques africaines</b>  12200*01
---

**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 :       (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Code d'anonymat :       (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Sexe :  M  F Année de naissance :  Département du domicile du patient :

Date des 1<sup>ers</sup> signes cliniques :   
 Hospitalisation :  oui  non  
 Date de l'hospitalisation (jj/mm/aaaa) :   
 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 Précisez : .....

**Origine possible de la contamination :**

Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes) :  oui  non  
 Si oui, précisez : 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 remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé 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 para-médical :  oui  non

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