

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


Listériose
12217*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.

Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né < 1 mois :

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 :

Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né < 1 mois :

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

Evolution de la listériose au jour de la notification (Sauf mort *in utero*)

(En cas de forme materno-néonatale, l'évolution concerne le nouveau-né)

Décès : Oui Non

Si OUI, date :

Si NON, évolution : favorable incertaine

Listériose
Critères de notification : Isolement de <i>Listeria monocytogenes</i>

Forme clinique :

Non materno-néonatale (*Adulte (sauf femme enceinte) et enfant ≥ 1 mois*)

Forme neuroméningée :
(présence de signes neurologiques ou isolement dans du L.C.R.)

Méningoencéphalite :
(coma, convulsions ou présence de signes neurologiques en foyer)

Méningite isolée

Bactériémie/Septicémie :
(hémoculture positive et absence de signes neurologiques)

Autres, préciser :
(absence de signes neurologiques, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR)

Materno-néonatale (*femme enceinte et nouveau-né < 1 mois*)

Terme de la grossesse :
(en semaine d'aménorrhée)

Nouveau-né né vivant, date de naissance :
Sexe : M F

Mort *in-utero*, date de l'expulsion :
(avortement ou mort-né)

Forme maternelle isolée (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)

Bactériologie

Date du premier prélèvement positif à *Listeria monocytogenes* :

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :

Forme non materno-néonatale : Hémoculture L.C.R. Autre, préciser :

Forme materno-néonatale :

Mère : Hémoculture Placenta Autre, préciser :

Nouveau-né : Hémoculture L.C.R. Autre, préciser :

Produit d'avortement ou mort-né :

Patient

Pathologie(s) sous-jacente(s) : Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser :

Traitement(s) immunodépresseur(s) : Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser :

Au moment de diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé depuis plus de 10 jours ?

Oui Non Ne sait pas. Si OUI, préciser la date d'hospitalisation

et le motif :

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