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 12205*01

Peste

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 : ☐☐☐☐ Département du domicile du patient : ☐☐☐

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

☐ Lymphadénite ☐ Pneumonie ☐ Septicémie

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non

Date de l'hospitalisation *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu de l'hospitalisation : .....

Evolution : ☐ Encore malade ☐ Guérison

☐ Décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Peste

Critères de notification : Tableau clinique évocateur de peste quelle que soit la forme clinique confirmé par le Centre National de Référence de la peste et autres yersinioses (confirmation nécessaire pour la déclaration internationale).

Confirmation biologique : Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Par isolement ☐ oui ☐ non Type de prélèvement : .....

Par sérologie ☐ oui ☐ non

Par PCR ☐ oui ☐ non

Confirmation par le CNR : ☐ oui ☐ non Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Origine de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes) : ☐ oui ☐ non

Si **oui**, précisez le lieu : Pays : ..... Localité : .....

la date du retour en France : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Moyen de transport : .....

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 :

.....

.....

.....

Prophylaxie :

Isolement du malade : ☐ oui ☐ non

Chimioprophylaxie de l'entourage : ☐ oui ☐ non

Si oui, nombre de personnes traitées : ..... Antibiotique utilisé : .....

Chimioprophylaxie des cas contact : ☐ oui ☐ non

Si oui, nombre de personnes traitées : ..... Antibiotique utilisé : .....

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	