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 12207*01

Rage

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 : ☐☐☐

Signes cliniques :

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

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non

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

Lieu de l'hospitalisation : .....

Evolution : ☐ Encore malade ☐ Décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Rage

Critères de notification : Clinique compatible avec la rage et confirmée par le Centre National de Référence de la rage.
Les personnes recevant une prophylaxie anti-rabique post-exposition ne doivent pas être notifiées.

Virologie :

Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation par le CNR : ☐ oui ☐ non

Origine possible de la contamination :

Nature de l'exposition :

Morsure :	☐ oui	☐ non	Simple manipulation :	☐ oui	☐ non
Griffure :	☐ oui	☐ non	Autres :	☐ oui	☐ non
Léchage :	☐ oui	☐ non	Si oui, précisez :		
Soins :	☐ oui	☐ non			

Date de l'exposition : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu de l'exposition : Pays : ..... Localité : .....

Quel est l'animal suspecté : .....

L'animal a-t-il été retrouvé : ☐ oui ☐ non

Si oui, le diagnostic de rage a-t-il été confirmé : ☐ oui ☐ non

Si oui, par quel laboratoire :
- ☐ Institut Pasteur de Paris
- ☐ AFSSA Nancy
- ☐ Institut d'Hygiène de Strasbourg
- ☐ Autre : précisez .....

Prophylaxie :

La personne exposée a-t-elle eu :

une vaccination antirabique prophylactique :	☐ oui	☐ non	Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐
des soins locaux :	☐ oui	☐ non	Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Lieu : .....
une sérothérapie :	☐ oui	☐ non	Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Dose : .....
un traitement vaccinal :	☐ oui	☐ non	Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nombre d'injections : .....

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	

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique)
Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire