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 12214*01

Tularémie

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 de résidence : ☐☐☐☐☐

Dates de début des symptômes : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Forme clinique

☐ Oropharyngée ☐ Oculoganglionnaire ☐ Pleuropulmonaire ☐ Typhoidique ou septicémique

☐ Ulcéroganglionnaire ☐ Ganglionnaire Pour les deux dernières formes, précisez la localisation : .....

Evolution ☐ En cours ☐ Favorable ☐ Décés ☐ Complications, précisez : .....

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ Inconnu

Confirmation du diagnostic

Isolement de *F. tularensis* ☐ oui ☐ non ☐ Non effectué

Site de prélèvement : .....

Date du prélèvement positif : ☐☐☐☐☐☐☐☐

La souche a-t-elle été envoyée au CNR ? ☐ oui ☐ non

Sérologie

1er prélèvement	*2ème prélèvement*
Méthode :	Méthode : .....
Date ☐☐☐☐☐☐	Date ☐☐☐☐☐☐
Titre :	Titre : .....
☐ En cours ☐ Non effectué	☐ En cours ☐ Non effectué

PCR Site de prélèvements : ..... Date ☐☐☐☐☐☐ Résultat : .....

Western Blot Site de prélèvements : ..... Date ☐☐☐☐☐☐ Résultat : .....

Tularémie

Critères de notification :
Tableau clinique évocateur de tularémie associé à

◆ Cas confirmé
1. sérologie positive avec un titre supérieur ou égal à 50 **ou**
2. isolement de *F. tularensis* à partir de prélèvements cliniques **ou**
3. amplification génique positive

◆ Cas probable
1. sérologie avec un titre compris entre 20 et 50 **ou**
2. exposition commune à celle d'un cas confirmé

Expositions à risque (dans les ***2 semaines*** précédant les premiers signes de tularémie)

Profession : ..... (profession des parents si enfant)

Contact direct avec des animaux (vivants ou morts) ou des produits animaux (manipulation, préparation, ingestion) :

– Lièvres : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

– Rongeurs : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Précisez l'espèce : .....

– Autres : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Si **oui**, précisez : .....

Contact direct avec l'eau d'un cours d'eau (ruisseau, rivière, lac …), d'un réservoir ou d'un puit : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si **oui**, précisez le nom du cours d'eau ou la localisation du cours d'eau, du réservoir ou du puits .....

Contact avec de la terre (jardinage, remblayage….) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Morsures de tiques ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Piqûres de moustiques ou de taons nombreuses : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Loisirs de plein air (promenade, trek, …) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Voyage à l'étranger dans le mois précédent le début des signes : ☐ Oui ☐ Non si oui, préciser le pays : .....

Cas dans l'entourage ☐ Oui * ☐ Non ☐ Inconnu Combien ?

* remplir une fiche pour tous les cas confirmés ou probables

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	