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

Typhus exanthématique

cerfa 12212*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 : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **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 premiers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé : ☐ oui ☐ non

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

Lieu de l'hospitalisation : .....

Evolution : ☐ Encore malade ☐ Guérison

☐ Décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Typhus exanthématique

Critères de notification : Tableau clinique évocateur d'un typhus exanthématique avec confirmation biologique par le Centre National de Référence des Rickettsia, Coxellia et Bartonella.

Biologie :

Sérologie : ☐ oui ☐ non Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Laboratoire : .....

Confirmation du CNR : Sérologie ☐ oui ☐ non Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Isolement ☐ oui ☐ non Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

PCR ☐ oui ☐ non Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 2 semaines précédant le début des signes) : ☐ oui ☐ non

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

les conditions de séjour précaires : ☐ oui ☐ non

la date du retour en France : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Si **non**, conditions d'hébergement en France : .....

Autres malades dans l'entourage : ☐ oui ☐ non

Si **oui**, précisez le nombre : .....

Préciser l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et <u>remplir une fiche pour chaque malade cliniquement</u> <u>possible ou confirmé</u> en indiquant le numéro d'ordre :

1 - .....

2 - .....

3 - .....

4 - .....

Prophylaxie :

Désinfection de l'environnement du cas : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Surveillance des cas contacts **(*)** : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Désinfection de l'environnement des cas contacts **(*)** : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

(*) A remplir par le déclarant et, si besoin, à compléter par le médecin inspecteur de santé publique de la DDASS

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	