



Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : _____ Établissement / service : _____ Adresse : _____ Tél/Fax : _____ Signature : _____	Si notification par un biologiste Nom : _____ Établissement / service : _____ Adresse : _____ Tél/Fax : _____ Signature : _____	 DASS Direction des Affaires Sanitaires et Sociales <h2 style="margin: 0;">Botulisme</h2>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____ Commune domicile : _____

Code d'anonymat : _____ Date de notification : _____

Nombre de malades : _____ Nombre de malades hospitalisés : _____ Nombre de malades décédés : _____

Caractéristiques du/des malades

	Cas n° 1	Cas n° 2	Cas n° 3	Cas n° 4
Age (ans)	_____	_____	_____	_____
Sexe (M-F)	_____	_____	_____	_____
Code commune	_____	_____	_____	_____
Hospitalisation <i>Oui, non, date (jj-mm-aa)</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> _____			
Dates des 1 ^{ers} signes cliniques	_____	_____	_____	_____
Troubles digestifs <i>(préciser) vomissements, diarrhée, constipation, sécheresse de la bouche</i>	_____	_____	_____	_____
Troubles visuels <i>Occulo-moteurs (préciser)</i>	_____	_____	_____	_____
Paralysies <i>(préciser)</i>	_____	_____	_____	_____
Assistance respiratoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Evolution <i>(guérison, en cours, décès)</i>	Guérison <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/>	Guérison <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/>	Guérison <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/>	Guérison <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/>
Confirmation du diagnostic <i>(recherche toxine, autre)</i>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>

Confirmation de diagnostic :

Recherche de *Clostridium botulinum* : Positif Négatif Non fait

Recherche de Toxine botulique : Positif Négatif Non fait

Type de la toxine : _____

Type de la toxine : Dans sérum : Oui Non Dans les selles : Oui Non

Dans l'aliment : Oui Non Autre prélèvement : Oui Non

Préciser : _____

Origine de l'intoxication (alimentaire, blessure, ...) :

Si alimentaire, précisez : Date de la consommation : _____

Aliment incriminé ou suspecté : _____

Commune du repas : _____ Nombre de personnes ayant participé au repas : _____

Lieu du repas : Familial Restaurant Collectivité Préciser : _____
Ex. : école, entreprise, hôpital, crèche, maison de retraite, CAT, MAS)

Origine de l'aliment suspecté : Familiale Commercialisée Si commercialisée : Industrielle Artisanale

Commentaires (circonstances, ...) : _____

