



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



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 : _____

Signes cliniques :

Date des 1^{ers} signes cliniques : _____

Forme clinique :

- Cutanée Oui Non
- Digestive : Oui Non
- Méningée : Oui Non
- Pulmonaire : Oui Non
- Septicémie : Oui Non
- Rhinopharyngée : Oui Non

Hospitalisation : Oui Non Si oui, date de l'hospitalisation : _____

Lieu de l'hospitalisation : _____

Evolution (à la date de la notification) : Encore malade Guérison Décès Si décès, date : _____

Confirmation du diagnostic :

Isolement du *Bacillus anthracis* dans :

Forme clinique :

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------|--|--------------|
| Vésicule <input type="checkbox"/> | Date : _____ | Sous une escare <input type="checkbox"/> | Date : _____ |
| Sang <input type="checkbox"/> | Date : _____ | Selle <input type="checkbox"/> | Date : _____ |
| LCR <input type="checkbox"/> | Date : _____ | Expectoration <input type="checkbox"/> | Date : _____ |
| Adénopathies <input type="checkbox"/> | Date : _____ | Rhinopharynx <input type="checkbox"/> | Date : _____ |

La souche a-t-elle été transmise au CNR : Oui Non

Amplification génétique faite : Oui Non Si oui, date : _____ Résultat : Positive Négative

Origine suspectée de la contamination (au cours des deux mois précédant la date de début des signes) : (Plusieurs réponses possibles)

- Voyage dans un pays d'endémie (Afrique, Moyen Orient, Asie du Sud, ...); nom du (des) pays : _____
Date de retour en NC : _____
- Contact avec un animal atteint ou suspect de charbon :
Lequel : _____ Date : _____ Lieu : _____
Confirmation bactériologique : Oui Non
- Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale en provenance de zone d'endémie
- Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale issus d'animaux abattus dans un cadre familial ou rituel
- Manipulations de produits importés de zone d'endémie (laines ou cuirs artisanaux, autres sous-produits animaux...)
- Autre. Détailler : _____

Existence d'autres cas dans l'entourage : Oui Non

Si oui :

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| 1. Date du diagnostic : _____ | Confirmé <input type="checkbox"/> | Probable : <input type="checkbox"/> | Origine suspectée : _____ |
| 2. Date du diagnostic : _____ | Confirmé <input type="checkbox"/> | Probable : <input type="checkbox"/> | Origine suspectée : _____ |
| 3. Date du diagnostic : _____ | Confirmé <input type="checkbox"/> | Probable : <input type="checkbox"/> | Origine suspectée : _____ |