



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^{er} signes cliniques : _____

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

Lieu de l'hospitalisation : _____

Evolution : Encore malade Guérison Décès Si décès, date : _____

Bactériologie :

Identification du vibron : Coproculture Autre Précisez : _____

Date : _____ **Laboratoire (Nom) :** _____

Confirmation du CNR Oui Non Date : _____

Sérogroupe : _____ Sérotype : _____

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 5 jours précédant le début des signes) : Oui Non

Si **oui**, précisez le lieu : Pays : _____

Localité : _____ Date de retour en NC : _____

Consommation d'eau non-embouteillée : Oui Non

Consommation de fruits ou légumes crus non pelés : Oui Non

Si **non**, consommation de produits frais venant du pays d'endémie : Oui Non

Si **oui**, type de produits : _____ Origine : _____

Autres malades dans l'entourage : Oui Non Si oui, précisez le nombre : _____

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

1. Année naissance : _____

2. Année naissance : _____

3. Année naissance : _____

Prophylaxie :

Isolement du malade : Oui Non Si oui, date : _____

Recherche de vibrons dans l'entourage : Oui Non

Chimioprofilaxie de l'entourage : Oui Non

Si oui, précisez le nombre de personnes traitées : _____ Antibiotique utilisé : _____