



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 : _____

Caractéristiques de la maladie :

Fièvre : Oui Non Inconnu Date des 1^{ers} signes cliniques : _____

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

Durée d'hospitalisation : _____ jours Evolution : Encore malade Guérison Décès Si décès, date : _____

Antécédents vaccinaux : Le patient a-t-il été vacciné contre la fièvre typhoïde ? : Oui Non Inconnu

Si oui, nom du vaccin : _____ Date de la dernière injection : _____

Confirmation microbiologique :

Isolement de : *Salmonella* Typhi Site(s) de prélèvement(s) positif(s) : Sang

Salmonella Paratyphi A Selles

Salmonella Paratyphi B Autre

Salmonella Paratyphi C Préciser _____

Date du 1^{er} prélèvement positif : _____

Origine de la contamination :

Le patient a-t-il séjourné dans un pays étranger au cours du mois précédant le début des symptômes ? Oui Non Inconnu

Si oui, quel pays ? _____ Date de retour en NC : _____

Origine supposée de la contamination ? _____

Y a-t-il d'autres cas (confirmés par isolement ou cliniquement suspectés) dans l'entourage ? Oui Non Inconnu

Si oui : Âge (ans) :	Date du diagnostic	Séjour étranger dans le mois précédent les symptômes	Pays du séjour	Lien avec le cas
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	_____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	_____

Remplir une fiche de notification pour chaque cas confirmé