



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 : _____

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

Lieu de l'hospitalisation : _____

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

Virologie :

Date : _____ Type de virus : _____

Laboratoire (Nom) : _____

Identification par :

Isolement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sérologie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
PCR	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Précisez : _____

Origine de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes) : Oui Non

Si **oui**, précisez : Le pays : _____

Lieux suspectés de contamination : _____

Type d'exposition : _____

Date de retour en NC : _____

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 : _____

Existence de cas secondaire dans l'entourage : Oui Non

Information du personnel médical et paramédical : Oui Non