



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 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 : _____

Antécédents (plusieurs réponses possibles) :

Jamais traité pour la lèpre : Oui Non Patient arrivé en NC en cours de traitement : Oui Non

Déjà traité : Oui Non Résistance : Oui Non

Traitement achevé : Oui Non Si oui, préciser : _____

Traitement interrompu avant la fin : Oui Non

Autre cas, préciser : _____

Circonstances du diagnostic :

Signes cliniques ayant poussé le patient à consulter : Oui Non

Enquête autour d'un cas : Oui Non

Autre cas : Oui Non Si oui, préciser : _____

Forme de lèpre :

Lépromateuse (MB) : Oui Tuberculoïde (PB) : Oui

Borderline : Oui Indéterminée : Oui

Autre cas : Oui Si oui, préciser : _____

Traitement :

Date de début de traitement : _____ [R : Rifampicine - D : Disulone - C : Clofasimine - O : Ofloxacin - M : Minocycline]

Protocole : RDC RD RC ROM Autre : _____

Date de fin de traitement : _____ (à remplir ultérieurement)

Bactériologie :

Frottis	Indice bactériologique	Indice morphologique
Muqueuses nasales	_____	% _____
Oreille droite	_____	% _____
Oreille gauche	_____	% _____

Histologie :

Tissu : _____

Résultats : Positif En faveur Négatif

Antibiogramme :

Non fait

Fait Résistance à : _____