



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 : _____

Évolution de la listériose au jour de la notification (sauf mort *in utéro*) :
(En cas de forme materno-néonatale, l'évolution concerne le nouveau-né)

Décès : Oui Non Si oui, date : _____

Si non, évolution : Favorable Incertaine

Forme clinique :

<input type="checkbox"/> Non materno-néonatale (Adulte (<i>sauf femme enceinte</i>) et enfant ≥ 1 mois) : <input type="checkbox"/> Forme neuroméningée : (présence de signes neurologiques ou isolement dans du L.C.R.) <input type="checkbox"/> Méningoencéphalite : (coma, convulsions ou présence de signes neurologiques en foyer) <input type="checkbox"/> Méningite isolée <input type="checkbox"/> Bactériémie/Septicémie : (hémoculture positive et absence de signes neurologiques) <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ (absence de signes neurologiques, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR)	<input type="checkbox"/> Materno-néonatale (<i>femme enceinte nouveau-né < 1 mois</i>) Terme de la grossesse : _____ (en semaine d'aménorrhée) <input type="checkbox"/> Nouveau-né, né vivant Date de naissance : _____ Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mort in-utero, date de l'expulsion : _____ <input type="checkbox"/> Forme maternelle isolée (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)
--	--

Bactériologie :

Date du premier prélèvement positif à *Listeria monocytogenes* : _____

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :

Forme non materno-néonatale : Hémoculture L.C.R. Autres (préciser) : _____

Forme materno-néonatale :

Mère : Hémoculture Placenta Autres (préciser) : _____

Nouveau-né : Hémoculture L.C.R. Autres (préciser) : _____

Produit d'avortement ou mort-né

Patient :

Pathologie(s) sous-jacente(s) : Oui Non Ne sait pas

Si oui, précisez : _____

Traitement(s) immunodépresseur(s) : Oui Non Ne sait pas

Si oui, précisez : _____

Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé depuis plus de 10 jours ?

Oui Non Ne sait pas Si oui, précisez la date d'hospitalisation : _____

Et le motif : _____