



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 : _____

Confirmation Biologique du diagnostic : Oui Non

- Technique utilisée : PCR Microscopie électronique
- Diagnostic d'espèce : Variole Orthopoxvirose simienne Diagnostic d'espèce non réalisé
- Site du prélèvement : Lésion cutanée Énanthème buccal Autre orthopoxvirose, préciser : _____
 Prélèvement sanguin Examen post-mortem Autre, préciser : _____

La souche a-t-elle été envoyée à un laboratoire d'expertise des Orthopoxvirus :

Oui Non Nom du laboratoire : _____

Date des 1^{ers} signes cliniques (fièvre) : _____

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

Lieu de l'hospitalisation : _____

Evolution : Guérison En cours Décès Séquelles : _____

Origine possible de la contamination :

Laboratoire biologie / recherche Séjour à l'étranger dans les 3 dernières semaines Si oui, Pays : _____

Date retour en NC : _____

Contact avec un animal infecté : Oui Non Si oui, l'orthopoxvirose animale était-elle : Suspectée Confirmée

Exposition environnementale : Oui Non Si oui : Suspectée Confirmée

Contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose : Oui, cas confirmé(s) Oui, cas suspecté(s) Non Ne sait pas

Si oui, date ou période de contact dans les 3 semaines précédant les premiers signes : _____ à _____

Si contact avec au moins un cas d'orthopoxvirose confirmé biologiquement, nature de l'orthopoxvirose : Variole Orthopoxvirose simienne

Autre orthopoxvirose : Oui Non Si oui, préciser : _____

Le patient exerce t-il une profession médicale ou paramédicale : Oui Non

Si oui, préciser : _____

Vaccination anti variolique du patient :

Avant 1984 : Oui Non Ne sait pas Si oui, nombre de doses : _____ Ne sait pas Année dernière dose : _____ Ne sait pas

Avant 2002 : Oui Non Date : _____

Contexte de la vaccination : Contact d'un cas Contact d'un contact Autre, préciser _____

Si contact d'un cas, délai en jours entre le premier contact avec le cas index en phase symptomatique et vaccination _____

Mesure de contrôle :

Isolement du malade : Oui Non Si oui, date d'isolement : _____

Nombre de sujets contacts identifiés : _____ Nombre de sujets contacts vaccinés : _____ Ne sait pas

Nombre de sujets contacts vaccinés dans les 4 jours suivant le premier contact avec le cas index en phase symptomatique : _____ Ne sait pas

Autres cas dans l'entourage (suspectés ou confirmés) : Oui Non Ne sait pas

Si oui, nombre (si moins de 10) : _____ 10 ou plus

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.