

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom:	Nom:
Établissement / service :	Établissement / service : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
Advasco	Adverse
Adresse :	Adresse :
Signature:	Signature:
Signature.	Signature.
	nale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut o 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 effectu
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 1ers signes cliniques :	
Lymphadénite Pneumonie Septicé	_
	Si oui, date de l'hospitalisation :
iospitalisation. Our E. Hon E.	Lieu de l'hospitalisation :
Evolution : Encore malade 🗌 Guérison 📙 De	ścès Si décès, date :
Par sérologie : Oui 🗌 Non 🗍 PCR : Oui 🗎 Non 🗍	prélèvement :
Par sérologie : Oui Non Non PCR : Oui Non Non PCR : Oui Non PCR : Oui Non PCR : Oui Non PCR : Oui Non Non Non PCR : Oui Non Non PCR : Oui Non Non Non PCR : Oui Non Non Non Non Non Non Non No	t des signes): Oui Non
Par sérologie : Oui Non Non PCR : Oui Non PCR : Oui Non PCR : Non PCR : Non PCR : Non PCR : Non Non PCR : Non PCR : Non PCR : Non PCR : Non Non PCR : Non PCR	t des signes): Oui
Par sérologie : Oui Non Non PCR: Oui Non Non PCR: Oui Non Non PCR: Oui Non	t des signes): Oui
Par sérologie : Oui Non Non Non Non Non Non Non No	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Moyen de transport: Si oui, nombre:
Par sérologie : Oui Non Non COR : Oui Non Non Non Non Non Non Non No	t des signes): Oui
Par sérologie : Oui Non Non PCR : Oui Non Non PCR : Oui Non PCR : Oui Non PCR : Non PCR : Non Non PCR : Non PCR : Non PCR : Non Non PCR : Non Non PCR : Non	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Moyen de transport: Si oui, nombre:
Par sérologie : Oui Non POCR : Oui	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Moyen de transport: Si oui, nombre:
Par sérologie : Oui Non Non PCR : Oui Non Non PCR : Oui Non PCR : Oui Non PCR : Non PCR	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Moyen de transport: Si oui, nombre:
Par sérologie : Oui Non Non CCR : Oui Non Non CCR : Oui Non Non CCR : Oui Non Non Non Non Non Non Non No	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Moyen de transport: Si oui, nombre:
Par sérologie : Oui Non PCR : Oui Non Non PCR : Oui Non Non PCR : Oui Non PCR : Oui Non PCR : Non PCR : Non PCR : Non Non PCR : Non Non PCR : Non	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Moyen de transport: Si oui, nombre:
Par sérologie : Oui Non POCR : Oui Non POCR : Oui Non POCR : Oui Non POCR : Non POCR	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Si oui, nombre: Si oui, nombre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou
Par sérologie : Oui Non POCR : Oui Non POCR : Oui Non POCR : Oui Non POCR : Non POCR	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Moyen de transport: Si oui, nombre:
Par sérologie : Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui, précisez le lieu : Pays : Non PCR: Ouite de retour en NC: Non PCR: Ouite de retour en NC: Non PCR: Ouite de retour en NC: Non PCR: Ouite Non	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Si oui, nombre: Si oui, nombre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou
Par sérologie : Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui, précisez le lieu : Pays : Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non Oui Noui Non Oui No	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Si oui, nombre: Si oui, nombre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou
Par sérologie: Oui Non Non Confirmation par le CNR: Oui Non Non Confirmation par le CNR: Oui Non Confirmation par le CNR: Oui, précisez le lieu: Oute de retour en NC: Oui Non Confirmation par le CNR: Oui Non Confirmation par le CNR	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Si oui, nombre: Attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou
Par sérologie : Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non Oui Non Oui Non Oui Nonée naissance : Oui Nonée naiss	t des signes): Oui Non Localité: Localité: Si oui, nombre: Attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou
Par sérologie : Oui Non Non PCR: Oui Non Non PCR: Oui Non Non PCR: Oui Non PCR: Oui Non PCR: Oui, précisez le lieu : Pays : Non PCR: Oui Non Oui Non PCR: Oui PCR: Oui PCR: Oui Non PCR: Oui PCR:	t des signes): Oui Non Localité: Noyen de transport: Si oui, nombre: Si oui, nombre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou