



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 Décès Si décès, date : _____

Virologie : Date : _____ Confirmation par le CNR : Oui Non

Origine de la contamination :

Nature de l'exposition : Morsure : Oui Non

Griffure : Oui Non

Léchage : Oui Non

Soins : Oui Non

Simple manipulation : Oui Non

Autres : Oui Non

Si oui, précisez : _____

Date d'exposition : _____ Lieu d'exposition : Pays : _____

Localité : _____

Quel animal est suspecté : _____

L'animal a-t-il été retrouvé : Oui Non Si oui, le diagnostic de rage a-t-il été confirmé : Oui Non

Si oui, par quel laboratoire : Institut Pasteur de Paris

AFSSA Nancy

Institut d'Hygiène de Strasbourg

Autre : précisez _____

Prophylaxie :

La personne exposée a-t-elle eu :

Une vaccination antirabique prophylactique : Oui Non Si oui, date : _____

Des soins locaux : Oui Non Si oui, date : _____

Lieu : _____

Une sérothérapie : Oui Non Si oui, date : _____

Dose : _____

Un traitement vaccinal : Oui Non Si oui, date : _____

Nombre d'injections : _____