



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature :	Signature :



Rhumatisme Artriculaire Aigu

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 : _____ | | | | | |

Date de notification : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date où le diagnostic de Rhumatisme Artriculaire Aigu est établi : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Rhumatisme Artriculaire Aigu Actif

Diagnostic : Positif Suspect Négatif Indéterminé

Manifestations majeures : (cocher les cases correspondantes)	Manifestations mineures : (cocher les cases correspondantes)
<input type="checkbox"/> Cardite <input type="checkbox"/> Polyarthrite <input type="checkbox"/> Chorée <input type="checkbox"/> Nodules sous-cutanés <input type="checkbox"/> Erythème marginé	<input type="checkbox"/> Arthralgies <input type="checkbox"/> Température élevée <input type="checkbox"/> Sédimentation élevée <input type="checkbox"/> Présence de protéine C-réactive <input type="checkbox"/> Histoire antérieure de RAA <input type="checkbox"/> Cardiopathie rhumatismale chronique

Attaque initiale : Oui Non Indéterminé

Sévérité de l'atteinte cardiaque : Aucune Minimale Modérée Sévère Indéterminée

Confirmation échocardiologique : Oui Non

Cardiopathie rhumatismale chronique

Diagnostic : Positif Suspect Négatif

(cocher les cases correspondantes)

- Sténose mitrale Sténose aortique Insuffisance aortique
 Insuffisance mitrale Insuffisance cardiaque Lésion tricuspидienne

Année de la poussée initiale : | | | | | | | |

Année de la dernière poussée : | | | | | | | |

Histoire de la maladie

Nombre de récurrences : 1 2 3 ou + Inconnu Aucune Attaque initiale

Prévention secondaire dans l'année précédente : **Pénicilline**

- IM, régulière IM, irrégulière IM, occasionnelle
 Orale Sulfas Erythromycine
 Toute combinaison Poussée initiale Aucune