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

DASS
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

Sporotrichose

IMPORTANT : cette fiche 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 : __/__/____

✂

Communauté d'appartenance : _____

Antécédents personnels antérieurs au diagnostic de sporotrichose :

☐ VIH ☐ Sarcoïdose ☐ Tuberculose ☐ Diabète ☐ Greffe d'organes ☐ Cancer
☐ Prise d'agents immunosuppresseurs ☐ Consommation d'alcool excessive*

*(*>3 verres par jour pour un homme (21 verres par semaine) et >2 verres par jour pour une femme (14 verres par semaine))*

Autre : _____

Mode/lieu de transmission (au cours des 3 dernières semaines suivant le début des signes) :

☐ Griffures/morsures d'animaux Précisez l'animal : _____ ☐ Piques écharde/ronce
☐ Piques d'insecte Précisez l'insecte : _____ ☐ Contact eau de rivière
Blessure avec : ☐ Outil de jardinage ☐ Copeaux de bois/foin ☐ Plantes en décomposition ☐ Autre : _____
Lieu de transmission : _____
Loisirs : ☐ Chasse ☐ Pêche ☐ Jardinage ☐ Champs, précisez cultures : _____ ☐ Autres : _____

Données cliniques :

Date de consultation : __/__/____ Date de début des signes : __/__/____

Signes cliniques : ☐ Papule indurée (2-4 cm) ☐ Nodules ☐ Nodules sur trajet lymphatique ☐ Ulcère
☐ Fistules cutanées ☐ Croutes ☐ Erythème noueux ☐ Verrue
☐ Adénopathie régionale ☐ Lésions acnéiformes ☐ plaques indurées ☐ Œdème
Autres : _____

Localisation : ☐ Cou ☐ Visage ☐ Tronc ☐ Mollet ☐ Cuisses ☐ Bras
☐ Main ☐ Poignet ☐ Coude ☐ Cheville ☐ Genou
Autres : _____

☐ Forme unilatérale : ☐ Forme bilatérale

Connaissance d'autres cas dans la famille : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, Nombre : _____ Précisez le lien familial : _____

Données biologiques :
Biopsie réalisée : ☐ Non ☐ Oui Si oui, *Sporothrix Schenckii* : ☐ Positif ☐ Négatif

Hospitalisation :
Hôpital : _____ Service : _____ Date d'entrée : __/__/____ Durée : ___ jours

Traitements :

Chirurgie d'exérèse : ☐ Non ☐ Oui Date : __/__/____
Traitements médicamenteux : ☐ Non ☐ Oui Date début traitement : __/__/____ Durée : ___ (mois)
Prescription : ☐ Itraconazole ☐ Amphotéricine B ☐ Solution de Iodure de potassium Autres : _____

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.
Conformément à la loi du 6 janvier 1978, le patient ou le médecin déclarant ont le droit d'accès et de rectification immédiat au fichier par demande directe au médecin inspecteur de la DASS-NC,
5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex. Fiche à transmettre au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex - **Tél : 24 37 00 - Fax. 05 11 33 - Numéro vert. 05 11 03**