



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



Toxi-Infection Alimentaire Collective

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 : | | | | | | | | | |



Nombre de malades : | | | | | | Nombre de malades hospitalisés : | | | | | | Nombre de malades décédés : | | | | | |

Caractéristiques des malades :

Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Date et heure de début des signes cliniques	Signes cliniques*	Analyses microbiologiques	Résultats (si +, préciser l'agent)	Complications**
Ex.	3 1	F	9 8 8 0 0	1 0 0 6 9 5 à 1 3 h	N <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/>	Faite <input checked="" type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input checked="" type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> <u>S. Enteriditis</u>	DCD <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°1				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°2				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°3				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°4				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°5				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°6				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°7				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°8				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°9				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°10				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
N°11				 à h	N <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>	Faite <input type="checkbox"/> Non faite <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> _____	DCD <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>

* N = Nausées - D = Diarrhée - F = Fièvre - V = Vomissements - A = Douleurs Abdominales - ** DCD = Décès - H = Hospitalisation

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



Analyses microbiologiques dans les aliments (recherche de germes ou de toxines) : Positif Négatif Non faite

Si analyses positives, préciser l'agent :

Si analyse négatives ou non faites chez les cas ou dans les aliments, quels sont les agents suspectés (le ou les 2 plus probables) :

1 =

2 =

Origine de l'intoxication :

Date du repas : Heure du repas : h

Nombre de personnes ayant participé au repas :

Lieu du repas :

Familial

Restaurant

Collectivité

Scolaire

Institut Médico-Social (hôpital, crèche, maisons de retraite, CAT...)

Restaurant d'entreprise

Autres collectivités - Préciser :

Aliment(s) consommé(s) suspecté(s) :

Origine de(s) aliment(s) suspecté(s) (ex. Supermarché, production locale, production familiale, ...):

Commentaires (circonstances) :

