



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 : _____

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* ou biologiques	Analyses biologiques	Résultats (si +, préciser bact. vaxillaire)	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 type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	Faites <input checked="" type="checkbox"/> Non faites <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Positif <input checked="" type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>	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"/> CV <input type="checkbox"/> B <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"/> CV <input type="checkbox"/> B <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"/> CV <input type="checkbox"/> B <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 - CV = Troubles Cardio-Vasculaires - B = Signes Biologiques

** DCD = Décès - H = Hospitalisation

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) :

Analyses biologiques dans les aliments (recherches de germes ou de toxines) : Positif Négatif Non faite

Si analyses positives, préciser l'agent : _____

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

1 = _____

2 = _____

