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

Typhus

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 1ers signes cliniques : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Hospitalisation : Oui ☐ Non ☐ Si oui, date de l'hospitalisation : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Lieu de l'hospitalisation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Evolution : Encore malade ☐ Guérison ☐ Décès ☐ Si décès, date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Biologie :

Sérologie : Oui ☐ Non ☐ Date : |_|_|_|_|_|_|_|_| **Laboratoire (Nom) :** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Confirmation du CNR :				
	Sérologie	Oui ☐	Non ☐	Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|
	Isolement	Oui ☐	Non ☐	Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|
	PCR	Oui ☐	Non ☐	Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 2 semaines précédant le début des signes) : Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, précisez le lieu : Pays : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Localité : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de retour en NC : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Condition de séjour précaire : Oui ☐ Non ☐ Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Si **non**, condition d'hébergement en France : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Autres malades dans l'entourage : Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez le nombre : |_|_|_|

Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir **une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé** en indiquant le numéro d'ordre :

1. Année naissance : |_|_|_|_|
2. Année naissance : |_|_|_|_|
3. Année naissance : |_|_|_|_|
4. Année naissance : |_|_|_|_|

Prophylaxie :

Désinfection de l'environnement du cas :	Oui ☐	Non ☐	Inconnu ☐
Surveillance des cas contacts (*) :	Oui ☐	Non ☐	Inconnu ☐
Désinfection de l'environnement des cas contacts (*) :	Oui ☐	Non ☐	Inconnu ☐

(*) à remplir par le déclarant et, si besoin, à compléter par le médecin inspecteur de la DASS-NC.

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**