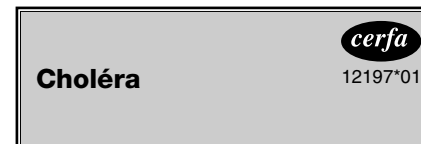


Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	Nom du clinicien :
Hôpital/service	Hôpital/service
Adresse	Adresse
Téléphone	Téléphone
Télocopie	Télocopie
Signature	



Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télocopie,...) au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.**

Initiale du nom : [] Prénom : Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Code d'anonymat : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **Date de la notification :** [] [] [] [] [] [] [] []
 (A établir par la DDASS)

Code d'anonymat : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] **Date de la notification :** [] [] [] [] [] [] [] []
 (A établir par la DDASS)
 Sexe : M F Année de naissance : [] [] [] [] Département du domicile du patient : [] [] []

Signes cliniques :

Date des 1^{ers} signes cliniques : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Hospitalisation : oui non
 Date de l'hospitalisation (jj/mm/aaaa) : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Lieu de l'hospitalisation :
 Evolution : Encore malade Guérison Décès
 Si décès, date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Choléra
Critères de notification : Tableau clinique évocateur de choléra avec identification d'un vibriion cholérique (confirmation par le Centre National de Référence des vibrions nécessaire pour la déclaration internationale).

Bactériologie :

Identification du vibriion : Coproculture Autre Précisez :
 Date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Laboratoire :
 Confirmation du CNR : oui non Date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Séroroupe : Sérotype :

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 5 jours précédant le début des signes) : oui non
 Si **oui**, précisez le lieu : Pays : Localité : la date du retour en France : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Consommation d'eau non embouteillée : oui non
 Consommation de fruits ou légumes crus non pelés : oui non
 Si **non**, consommation de produits frais venant de pays d'endémie : oui non
 Si oui, type de produits : Origine :
 Autres malades dans l'entourage : oui non
 Si oui, nombre :
 Préciser 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
- 2
- 3
- 4

Prophylaxie :

Isolement du malade : oui non
 Recherche de vibrions dans l'entourage : oui non
 Chimio prophylaxie de l'entourage : oui non
 Si oui, nombre de personnes traitées : Antibiotique utilisé :

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	DDASS : signature et tampon
Nom :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service	Hôpital/service	
Adresse	Adresse	
Téléphone	Téléphone	
Signature		