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

cerfa 12197*01

Choléra

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** 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 : ⌊____⌋⌊____⌋⌊____⌋⌊____⌋ ***(A établir par la DDASS)*** **Date de la notification :** ⌊_____⌋

Code d'anonymat : ⌊____⌋⌊____⌋⌊____⌋⌊____⌋ ***(A établir par la DDASS)*** **Date de la notification :** ⌊_____⌋

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : ⌊____⌋ Département du domicile du patient : ⌊___⌋

Signes cliniques :

Date des 1ers 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 vibrion cholérique (confirmation par le Centre National de Référence des vibrions nécessaire pour la déclaration internationale).

Bactériologie :

Identification du vibrion : ☐ Coproculture ☐ Autre Précisez : .....

Date : ⌊_____⌋ Laboratoire : .....

Confirmation du CNR : ☐ oui ☐ non Date : ⌊_____⌋

Sérogroupe : ..... 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

Chimioprophylaxie 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		
Adresse	Hôpital/service	
Téléphone	Adresse	
Signature	Téléphone	

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire