

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

Maladie à déclaration obligatoire
Leptospirose N°16292*01

Important : cette maladie peut justifier une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Tout cas confirmé ou probable doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS.

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance : _____

Code d'anonymat : _____ *(A établir par l'ARS)* **Date de la notification :** _____

Code d'anonymat : _____ *(A établir par l'ARS)* **Date de la notification :** _____

Sexe : M F Année de naissance : _____ Code postal du domicile du patient : _____

Clinique :

Date des premiers signes cliniques : _____

Fièvre (> 38 ,5°C) Syndrome algique (myalgie, arthralgie)
 Atteinte rénale Atteinte hépatique (ex. ictère)
 Atteinte pulmonaire Atteinte neurologique (méningite)
 Autre, précisez :

Hospitalisation : oui non NSP

Passage en réanimation : oui non NSP Plaquettes < 150 000/mm³ : oui non NSP

Evolution au moment de la déclaration : Toujours malade Guérison Hospitalisation en cours Décès

Leptospirose	
Critères de notification :	
Tableau clinique évocateur de leptospirose et	
<input type="checkbox"/> Cas confirmé :	
- Amplification génique (PCR) positive dans un échantillon biologique	
- Test MAT (Micro Agglutination Test) positif	
- Séroconversion ou augmentation du titre par 4	
<input type="checkbox"/> Cas probable : test IgM positif	

Confirmation biologique du diagnostic :

Type d'examen	Nature des prélèvements	Date prélèvement	Positif	Négatif	NSP	Séro-conversion	Titre ou unités	Marque du kit	Typage (Sérogroupe / génotype)
PCR	sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-
PCR	urine	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-
PCR	LCR	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-
ELISA IgM	sang	1 ^{er} ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
ELISA IgM	sang	2 ^{ème} ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
MAT	sang	1 ^{er} ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
MAT	sang	2 ^{ème} ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Expositions dans les 21 jours avant le début des signes (plusieurs réponses possibles) :

Profession :

Séjour à l'étranger : oui non NSP Précisez le(s) pays : Date de retour : _____

Séjour en France hors du département de résidence : oui non NSP Précisez le(s) département(s) : Date de retour : _____

Contact avec des animaux (sauvages/élevage/domestiques) : oui non NSP Précisez contexte/animal:

Présence de rongeurs dans le domicile, sur le lieu de travail ou de loisirs : oui non NSP Précisez :

Recours à une source d'eau non courante (ex. eau de pluie, puits, source) : oui non NSP Précisez :

Pratique d'activité à risque	Préciser activité(s)	Lieu(x) Ex. commune, code postal, site d'eau douce	Date(s)
<input type="checkbox"/> Baignade, contact avec eau douce, pêche			
<input type="checkbox"/> Kayak, rafting, canyoning			
<input type="checkbox"/> Evènement sportif en extérieur courses à obstacles, triathlon, VTT etc.			
<input type="checkbox"/> Activité agricole (élevage, jardinage..)			
<input type="checkbox"/> Nettoyage après intempéries			
<input type="checkbox"/> Marche pieds nus en extérieur			
<input type="checkbox"/> Autre			

Vaccination contre la leptospirose : oui non NSP Nombre de doses : Date de la dernière dose : _____

Notion de cas groupés : oui non NSP Si oui, nombre cas : Si oui, préciser l'exposition :

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