

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

<b>Maladie à déclaration obligatoire</b> 
<b>Leptospirose</b> 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/mm<sup>3</sup> :     oui     non     NSP

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

<b>Leptospirose</b>	
<b>Critères de notification :</b>	
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 <sup>er</sup> ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	.....	.....	-
ELISA IgM	sang	2 <sup>ème</sup> ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....	-
MAT	sang	1 <sup>er</sup> ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	.....	-	.....
MAT	sang	2 <sup>ème</sup> ___/___/___	<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 : .....

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