République française

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 :

Maladie à déclaration obligatoire

cerfa N° 12199*02

Fièvre jaune

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

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : ☐☐☐☐ Département du domicile du patient : ☐☐☐

Date des 1ers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non

Date de l'hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu de l'hospitalisation : .....

Evolution : ☐ encore malade ☐ guérison

☐ décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvre jaune

Critères de notification : tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie (confirmation par le Centre national de référence des arbovirus ou le CNR des arbovirus et virus influenzae en région Antilles-Guyane nécessaire pour la déclaration internationale).

Virologie par le CNR : Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Identification par :			
	isolement :	☐ oui	☐ non
	IF :	☐ oui	☐ non
	sérologie :	☐ oui	☐ non
	PCR :	☐ oui	☐ non
	histopathologie :	☐ oui	☐ non
	autres :	☐ oui	☐ non

Préciser : .....

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 6 jours précédant le début des signes) : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser le lieu : pays : ..... localité(s) : .....

Séjour en forêt : ☐ oui ☐ non Date du retour en France : ☐☐☐☐☐☐☐☐

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 <u>remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé</u> en indiquant le numéro d'ordre :

1 .....

2 .....

3 .....

Prophylaxie :

Le malade avait-il été vacciné contre la fièvre jaune : ☐ oui ☐ non

Si oui, date de la dernière vaccination : ☐☐☐☐☐☐☐☐

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