

République française

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

Maladie à déclaration obligatoire	
Listériose	N° 12217*02

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.

Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né <1 mois :

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 :**

Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né <1 mois :

Sexe : M F Date de naissance : Code postal du domicile du patient :

Evolution de la listériose au jour de la notification (sauf mort *in utero*, cf. infra) :
(En cas de forme maternelle, l'évolution concerne le nouveau-né)

Décès : oui non
Si oui, date : Si non, évolution : favorable incertaine

Listériose
Critères de notification Isolement de <i>Listeria monocytogenes</i> .

Forme clinique :

Non maternelle (adulte (sauf femme enceinte) et enfant ≥1 mois)

Forme neuroméningée (présence de signes neurologiques ou isolement dans du LCR)

Méningoencéphalite (coma, convulsions ou présence de signes neurologiques en foyer)

Méningite isolée

Rhomboencéphalite

Abscès cérébral

Bactériémie/septicémie (hémoculture positive et absence de signes neurologiques)

Autres, préciser (absence de signes neurologiques, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR) :

Maternelle (femme enceinte et nouveau-né <1 mois)

Terme de la grossesse : (en semaines d'aménorrhée)

Nouveau-né vivant

Date de naissance :

Sexe : M F

Signes d'infection chez le nouveau-né : oui non

Mort *in utero* (avortement ou mort né)

Date de l'expulsion :

Forme maternelle isolée (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)

Bactériologie :

Date du premier prélèvement positif à *Listeria monocytogenes* :

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :

Forme non maternelle : hémoculture LCR autres, préciser :

Forme maternelle :

Mère : hémoculture Placenta autres, préciser :

Nouveau-né : hémoculture LCR autres, préciser :

Produit d'avortement ou mort-né :

Contexte :

Pathologie(s) sous-jacente(s) : oui non ne sait pas

Si oui, préciser :

Si cancer ou hémopathie :
stade : évolutif rémission diagnostic <5 ans : oui non ne sait pas

Traitements réducteurs de l'acidité gastrique : oui non ne sait pas

Si oui, préciser : inhibiteurs de la pompe à protons IPP anti H2 antiacide, pansement gastrique

Traitement(s) immunodépresseur(s) : oui non ne sait pas

Si oui, préciser : chimiothérapie antiTNF antirejet corticoïdes autre(s) immunodépresseur(s)

Si autre(s) immunodépresseur(s), préciser :

Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé pour une autre pathologie : oui non ne sait pas

Si oui, préciser la date d'hospitalisation :

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