République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste		Maladie à déclaration obligatoire
Nom :	Nom du clinicien :		(etju)
Hôpital/service :			Tularémie N° 12214*02
Adresse:	Hôpital/service :		
Téléphone :	Adresse :		Important : cette maladie justifie une intervention
· ·			urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié
Télécopie :	Téléphone :		(téléphone, télécopie) au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette
Signature :	Télécopie :		fiche.
Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance : L L L L L L L L L L L L L L L L L L			
Code d'anonymat : Date de la notification : (A établir par l'ARS)			
Code d'anonymat :			
Sexe : \square M \square F Année de naissance :		Code po	stal du domicile du patient :
Symptômes et signes cliniques : date de début des symptômes :			
Evolution : en cours guérison décès complications, préciser :			
, — — — — —	inconnu		Tularémie
Confirmation du diagnostic : Isolement de <i>F. tularensis</i> : oui nor Site de prélèvement :			otification : (cocher la case correspondante) ue évocateur de tularémie associé à :
Date du preievement positir.			de F. tularensis à partir de prélèvements cliniques ou
La souche a-t-elle été envoyée au CNR : Oui Ono 2. multiplication par 4 au moins du titre d'anticorps ou séroconversion entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum			
PCR : Site de prélèvement : Date : Prélèvement : prélèvement du en phase de convalescence ou 3. PCR positive à partir d'un prélèvement clinique			
1er prélèvement 2e prélèvement			nce d'anticorps spécifiques dans un seul sérum avec un ou égal au seuil du laboratoire.
Méthode 1 : Méthode 1 : Titre 1 : Titre 1 : Méthode 2 : Méthode 2 : Titre 2 : Titre 2 :			
Expositions à risque (dans les 4 semaines précédant les premiers signes cliniques de tularémie) :			
Profession: (profession des parents si enfant)			
Contact direct avec des animaux (vivants ou morts) ou des produits animaux (manipulation, préparation, ingestion) :			
	non inconnu		
· — —			ː
- Autres animaux :			
Contact direct avec l'eau d'un cours d'eau (ruisseau, rivière, lac), d'un réservoir ou d'un puit : oui non inconnu			
Contact avec de la terre (jardinage, tonte de gazon, remblayage) :			
Piqûres de moustiques ou de taons :			
Loisirs de plein air (promenade, trek, VTT, jardinage) :			
Voyage à l'étranger dans le mois précédent le début des signes :			
Cas dans l'entourage : oui* non inconnu Si oui,combien : *Remplir une fiche pour tous les cas confirmés ou probables			
Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si déclaration par un biologiste		PS (signature at tampon)
Nom :	Nom du médecin prescripteur :		RS (signature et tampon)
Hôpital/service :	p. 222p. 200		
Adresse :	Hôpital/service :		
Téléphone :	Adresse :		
Télécopie :	Téléphone :		
Signature :	Télécopie :		