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

Rage

N° 12207*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.

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 : ☐☐☐

Signes cliniques :

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

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non

Date de l'hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu de l'hospitalisation : .....

Evolution : ☐ encore malade ☐ décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Rage

Critères de notification : clinique compatible avec la rage et confirmée par le Centre national de référence de la rage. Les personnes recevant une vaccination antirabique après exposition ne doivent pas être notifiées.

Virologie :

Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation par le CNR : ☐ oui ☐ non Génotype : ☐ Origine géographique présumée : .....

Origine possible de la contamination :

Nature de l'exposition :

morsure :	☐ oui	☐ non	Simple manipulation :	☐ oui ☐ non
griffure :	☐ oui	☐ non	Greffe :	☐ oui ☐ non
léchage :	☐ oui	☐ non	Si greffe, préciser l'organe greffé :	.....
soins :	☐ oui	☐ non	Autres :	☐ oui ☐ non
			Si oui, préciser :	.....

Date de l'exposition : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu de l'exposition : pays : ..... localité : .....

Quel est l'animal suspecté : .....

L'animal a-t-il été retrouvé : ☐ oui ☐ non

Si oui, le diagnostic de rage a-t-il été confirmé : ☐ oui ☐ non

Si oui, par quel laboratoire :
- ☐ Institut Pasteur de Paris
- ☐ Anses Nancy
- ☐ autre, préciser : .....

Prophylaxie :

Le patient avait-il-été vacciné préventivement : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, année de vaccination : ☐☐☐☐ Nombre de doses vaccinales reçues lors de la primovaccination : ☐

Le patient a-t-il reçu avant le début des signes :

Une sérothérapie : ☐ oui ☐ non Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nombre de doses : ☐

Une vaccination post-exposition : ☐ oui ☐ non Si oui, date de la 1re injection : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nombre de doses : ☐

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 :	

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire