

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	
Charbon	N° 12196*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 : | | | | | | | | | | (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 : | | | | |

Profession : (si activité complémentaire rémunératrice, le mentionner)

Signes cliniques :

Charbon	
Critères de notification	
Signes cliniques évocateurs de charbon et :	
- cas certain : isolement de <i>Bacillus anthracis</i> à partir d'un échantillon clinique ;	
- cas probable : amplification génique positive sur un échantillon clinique ;	
- cas possible :	
▪ cas de charbon cutané sans confirmation biologique,	
▪ ou autre forme clinique avec un lien épidémiologique avec des cas animaux ou humains confirmés.	

Date des 1^{ers} signes cliniques : | | | | | | | | | |

Forme cliniques :

- cutanée : oui non
- digestive : oui non
- méningée : oui non
- pulmonaire : oui non
- septicémique : oui non
- rhinopharyngée : oui non

Hospitalisation : oui non Si oui, date de l'hospitalisation : | | | | | | | | | | Lieu de l'hospitalisation :

Evolution (à la date de la notification) : guérison encore malade décès Si décès, date : | | | | | | | | | |

Confirmation du diagnostic :

Nature du/des prélèvement(s) :

- vésicule : date du prélèvement : | | | | | | | | | | sous une escarre : date du prélèvement : | | | | | | | | | |
- sang : date du prélèvement : | | | | | | | | | | selles : date du prélèvement : | | | | | | | | | |
- LCR : date du prélèvement : | | | | | | | | | | expectorations : date du prélèvement : | | | | | | | | | |
- adénopathies : date du prélèvement : | | | | | | | | | | rhinopharynx : date du prélèvement : | | | | | | | | | |

Isolement de la souche de *Bacillus anthracis* : oui non La souche a-t-elle été transmise au CNR : oui non

Amplification génique : positive négative non réalisée

Origine suspectée de la contamination (au cours des deux mois précédant la date de début des signes) : (Plusieurs réponses possibles)

- voyage dans un pays d'endémie (Afrique, Moyen-Orient, Asie du sud...) Nom du (des) pays :
- contact avec un animal malade atteint ou suspect de charbon
- Lequel : Date : | | | | | | | | | | Lieu :
- Confirmation bactériologique de l'animal : oui non
- consommation de viandes ou autres produits d'origine animale en provenance de zone d'endémie
- consommation de viandes ou autres produits d'origine animale issus d'animaux abattus dans un cadre familial ou rituel
- manipulations de produits importés de zone d'endémie (laines ou cuirs artisanaux, autres sous-produits animaux...)
- autres, détailler :

Existence d'autres cas dans l'entourage : oui non Si oui, combien : | | | |

Lien avec le cas faisant l'objet de cette fiche : famille entourage professionnel amis et relations

Remplir une fiche pour chaque cas

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 :		