**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° 12197*02

# Choléra

**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 ☐ guérison ☐ décès

Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

**Choléra**

**Critères de notification :** tableau clinique évocateur de choléra avec identification d'un vibrion cholérique (confirmation par le Centre national de référence des vibrions nécessaire pour la déclaration internationale).

---

**Bactériologie :**

Identification du vibrion : ☐ coproculture ☐ autre, préciser : .....

Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Laboratoire : .....

Confirmation du CNR : ☐ oui ☐ non Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Sérogroupe : ..... Sérotype : .....

---

**Origine possible de la contamination :**

Séjour à l'étranger (dans les 5 jours précédant le début des signes) : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser le lieu : pays : ..... localité : ..... date de retour en france : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Consommation d'eau non embouteillée : ☐ oui ☐ non

Consommation de fruits ou légumes crus non pelés : ☐ oui ☐ non

Si non, consommation de produits frais venant de pays d'endémie : ☐ oui ☐ non

Si oui, type de produits : ..... Origine : .....

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 .....

4 .....

---

**Prophylaxie :**

Isolement du malade : ☐ oui ☐ non

Recherche de vibrions dans l'entourage : ☐ oui ☐ non

Chimioprophylaxie de l'entourage : ☐ oui ☐ non

Si oui, nombre de personnes traitées : ☐☐☐ Antibiotique utilisé : .....

---

| 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 : | |