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

Diphtérie

N° 12198*03

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 : ☐☐☐

Date des premiers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Porteur asymptomatique

Terrain particulier : .....

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Evolution : ☐ guérison ☐ encore malade ☐ décès ☐ sans objet

☐ séquelles, préciser : .....

Diphtérie

Critères de notification : isolement de *Corynebacterium diphtheriae, ulcerans* ou *pseudotuberculosis* ET mise en évidence du gène codant la **toxine diphtérique** (recherche à demander **en URGENCE** au Centre national de référence des Corynebactéries à l'Institut Pasteur de Paris).

Confirmation du diagnostic (cas clinique ou isolement chez un porteur asymptomatique) :

Date d'isolement : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nature du prélèvement : .....

Nom et adresse du laboratoire de la première identification : .....

Espèce de *Corynebacterium (C.)* identifiée : ☐ *C. diphtheriae* ☐ *C. ulcerans* ☐ *C. pseudotuberculosis* ☐ autre, préciser : .....

Mise en évidence du gène codant la toxine : ☐ oui ☐ non ☐ en cours Test Elek : ☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas

Antécédents vaccinaux :

Le sujet a-t-il reçu dans le passé une vaccination antidiphtérique complète (≥3 doses) : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Date de la dernière dose : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Notion de contage : ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ Voyage récent en zone d'endémie Pays visité : ..... Retour en France le : ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Contact avec un sujet revenant de zone d'endémie Pays visité : .....

☐ Contact avec un cas

☐ Autre, préciser les circonstances : .....

Si isolement de *C. ulcerans* ou de *C. pseudotuberculosis* :

Contact avec des animaux (chien, chat, cheval, chèvre, autre) : ☐ oui ☐ non Si oui, préciser l'espèce animale concernée : .....

Investigation vétérinaire mise en place : ☐ oui ☐ non

Surveillance et prophylaxie des sujets contacts (se reporter aux recommandations officielles de la conduite à tenir) :

Nombre de personnes	En milieu familial	En collectivité
Exposées (contacts proches)	☐☐☐	☐☐☐
Ayant reçu une antibioprophylaxie	☐☐☐	☐☐☐
Prélevées	☐☐☐	☐☐☐
Présentant un résultat positif	☐☐☐	☐☐☐

✂

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 :	