

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)
Nom :
Hôpital/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :
Si notification par un biologiste
Nom du clinicien :
Hôpital/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :



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 : Département du domicile du patient :

Date des 1ers signes cliniques :

Fièvres hémorragiques africaines
Critères de notification : tableau clinique évocateur de fièvres hémorragiques chez une personne ayant séjourné dans une zone de circulation de ces virus, ou ayant été en contact avec une personne malade suspectée de fièvre hémorragique virale (confirmation par le Centre national de référence des fièvres hémorragiques virales).

Hospitalisation : oui non
Date de l'hospitalisation :
Lieu de l'hospitalisation :
Evolution : encore malade guérison
décès Si décès, date :

Virologie par le CNR : Date : Type de virus :
Identification par : isolement : oui non
sérologie : oui non
PCR : oui non
autres : oui non Préciser :

Origine possible de la contamination :
Séjour à l'étranger (dans les trois semaines précédant le début des signes) : oui non
Si oui, préciser : pays : lieux suspectés de contamination :
date du retour en France :

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 remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre :
1
2
3

Prophylaxie :
Isolement du malade : oui non Si oui, date :
Existence de cas secondaires dans l'entourage : oui non
Information du personnel médical et paramédical : oui non

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)
Nom :
Hôpital/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :
Si notification par un biologiste
Nom du clinicien :
Hôpital/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
ARS (signature et tampon)