## République française

Nom du clinicien: Höpitaliservice: Höpitaliservice: Höpitaliservice: Adresse: Télécphone: Adresse: Höpitaliservice: Adresse: Höpitaliservice: Adresse: Télécphone: Télécopie: Té	Médecin ou biologiste	déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste		Maladie à déclaration obligatoire		
Advisses:  Holpfall/service:  Advisses:  Télécopie:  Tode de la notification:  Date de la notification:  Date de la notification:  Date de la notification:  Departement du domcile du patient:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Date de la notification:  Departement du domcile du patient:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Date de la notification:  Departement du domcile du patient:  Departement du domcile du patient:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Date de la notification:  Departement du domcile du patient:  Departement du domcile du patient:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Date de la notification:  Departement du domcile du patient:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Télécopie:  Date de la notification:  Departement du domcile du patient:  Télécopie:  Télécopie: Télécopie: Télécopie: Télécopie: Télécopie: Télécopie: T	Nom :		Nom du clinicien :		Fièvres		
Adresse: Hopital/service: Adresse: Hopital/service: Adresse: Teléphone: Telép	Hôpital/service :						
Telécphone: Telécp			Hôpital/service :		africaines		
Telephone: Telephone: Telephone: Signature: Telephone:			·				
Signature :					devez la signaler par tout moyen approprié		
Date de naissance   Date de naissance   Date de la notification :   Date de la notif			· ·		même confirmation par le CNR ou envoi de cette		
Code d'anonymat :	Signature : Télécopie :				fiche.		
Code d'anonymat:	Initiale du nom :	Prénom :	Sexe :  M	F Date	de naissance :		
Date de la notification :	Code d'anonymat :	(A éta	blir par l'ARS)	Date de la	notification :		
Departement du domicile du patient:    Departement du domicile du patient:    Date des 1ºº signes cliniques:	Code d'anonymat :			Date de la	notification :		
Hospitalisation:   oui	Sexe : M F	•		Dé	partement du domicile du patient :		
Hospitalisation:   oui	Data das derestavas all						
Date de l'hospitalisation :		_		F	Fièvres hémorragiques africaines		
Date de l'hospitalisation :	hémorragiques char une paragna avant cálcura dans une						
Lieu de l'hospitalisation :	Date de l'ho	Date de l'hospitalisation : zone de circulation de ces virus, ou ayant été en contact avec					
Evolution:   encore malade   guérison	Lieu de l'hos	Lieu de l'hospitalisation : (confirmation par le Centre national de référence des fièvres					
Virologie par le CNR: Date:	Evolution :	=		Петногтад	iques virales).		
Identification par: isolement:   oui		décès Si décès, date	:				
Identification par: isolement:   oui	Virologie par le CNR :	Date :	Type de v	virus :			
sérologie:   oui   non   PCR:   oui   non   autres:   oui   non   Préciser:							
PCR:   oui   non   autres:   oui   non   Préciser:	identification par .		_				
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 :			<u> </u>				
Séjour à l'étranger (dans les trois semaines précédant le début des signes):   oui   non   Si oui, préciser : pays :							
Si oui, préciser : pays :	Origine possible de la contamination :						
lieux suspectés de contamination :	Séjour à l'étranger (dans les trois semaines précédant le début des signes) :   oui   non						
date du retour en France :	Si oui, préciser :	pays:					
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							
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							
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							
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							
possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre :  1							
Prophylaxie:   Isolement du malade:   oui   non   Si oui, date:							
Prophylaxie:   Isolement du malade :							
Prophylaxie:   Isolement du malade :				•••••			
Isolement du malade :	2						
Isolement du malade :	2						
Isolement du malade :	Prophylavia :						
Information du personnel médical et paramédical : oui non  Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service : Adresse : Hôpital/service : Téléphone : Télécopie : Téléphone :		ade: 🗌 oui [	☐ non Si oui, date : ☐ ☐ ☐				
Information du personnel médical et paramédical : oui non  Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service : Adresse : Hôpital/service : Téléphone : Télécopie : Téléphone :	Existence de cas secondaires dans l'entourage :						
Médecin ou biologiste déclarant (tampon)  Nom :  Hôpital/service :  Adresse :  Téléchone :  Télécopie :  Nom du clinicien :  Nom du clinicien :  Hôpital/service :  Adresse :  Téléphone :  Téléphone :							
Nom :         Nom du clinicien :           Hôpital/service :         Hôpital/service :           Adresse :         Hôpital/service :           Téléphone :         Adresse :           Télécopie :         Téléphone :	•						
Hôpital/service :         Hôpital/service :           Adresse :         Hôpital/service :           Téléphone :         Adresse :           Télécopie :         Téléphone :	Médecin ou biologist	e déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	AF	RS (signature et tampon)		
Adresse :         Hôpital/service :           Téléphone :         Adresse :           Télécopie :         Téléphone :			Nom du clinicien :				
Téléphone : Adresse : Téléphone : Téléphone :	· .		118 - 14 - 17				
Télécopie : Téléphone :							
	· ·						
	1						