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

Orthopoxviroses dont la variole

N° 12218*03

Important : tous les cas suspects de variole sont à signaler immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS avant même confirmation ou envoi de cette fiche. Pour les autres orthopoxviroses, seuls les cas confirmés ou probables (voir définitions dans l'encadré) sont à signaler.

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 Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__| Code postal du domicile du patient : |__|__|__|__|__|

Date des premiers signes cliniques |__|__|__|__|__|__|__|__|

Hospitalisation : ❑ oui ❑ non ❑ nsp

Si oui, motif :

❑ Douleur ❑ Complications ❑ Traitement sous ATU ❑ Aide sociale ❑ Pathologie concomitante

Si complication, préciser :

❑ Atteinte oculaire ❑ Eruption généralisée ❑ Atteinte cartilagineuse

❑ Dermo hypodermite ou nécrose cutanée ❑ Infection virale disséminée

❑ Autre, préciser _____

Orthopoxviroses

☐ **Cas confirmé :** signes cliniques évocateurs et confirmation biologique ou histopathologique

☐ **Cas probable :** signes cliniques évocateurs et lien épidémiologique avec un cas confirmé

Evolution : ❑ Guérison ❑ En cours ❑ Décès

Confirmation biologique du diagnostic ❑ oui ❑ non ❑ nsp

Technique utilisée ❑ PCR ❑ Microscopie électronique ❑ TROD ❑ Sérologie Date du prélèvement |__|__|__|__|__|__|__|__|

Diagnostic d'espèce ❑ Variole ❑ Cowpox ❑ Monkeypox ❑ Autre orthopoxvirose, préciser _____

Site du prélèvement ❑ Lésion cutanée, préciser le site : _____ ❑ Enanthème

❑ Prélèvement oropharyngé ❑ Prélèvement sanguin ❑ Autre, préciser _____

Origine possible de la contamination

Contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose (cas index) ❑ oui, cas confirmé ❑ oui, cas non confirmé ❑ non ❑ nsp

Lien du cas avec le(s) cas index : ❑ Cercle familial ❑ Même domicile ❑ Cercle amical ❑ Cercle professionnel ❑ Partenaire(s) sexuel(s)

❑ Milieu de soin ❑ Collectivité hors soins, préciser_____ ❑ Autre, préciser _____

Date du premier contact avec la personne possiblement à l'origine de la contamination |__|__|__|__|__|__|__|__|

Profession du cas : _____

Séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines :

❑ oui ❑ non ❑ nsp Si oui, préciser le(s) pays _____ Date de retour |__|__|__|__|__|__|__|__|

Contact avec un animal malade ou à risque de transmettre un orthopoxvirus :

❑ oui ❑ non ❑ nsp Si oui, préciser l'espèce(s) animale(s) concernée(s) _____

L'orthopoxvirose de l'animal était-elle ❑ suspectée ❑ confirmée ❑ nsp

Vaccination antivariolique du patient

Avant 1984 ❑ oui ❑ non ❑ nsp

Après 2002 ❑ oui ❑ non ❑ nsp Si oui, nombre de doses reçues ____ Date de la dernière dose |__|__|__|__|__|__|__|__|

Contexte de la vaccination : ❑ Contact d'un cas ❑ Contact d'un contact ❑ Vaccination préventive, préciser la raison _____

Infection antérieure par un orthopoxvirus ❑ oui ❑ non ❑ nsp Si oui, lequel _____ Date |__|__|__|__|__|__|__|__|

Confirmation microbiologique de l'épisode antérieur ❑ oui ❑ non ❑ nsp

Autre(s) cas dans l'entourage (confirmé(s) ou non) :

❑ oui ❑ non ❑ nsp Si oui, nombre (si moins de 10) |__|__| - ❑ 10 ou plus …… Remplir une fiche pour chaque cas suspecté ou confirmé

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 :	