**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

# Poliomyélite

N° 12206*02

**Important :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez signaler toute suspicion ainsi que tout isolement de poliovirus au laboratoire 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 : ☐☐☐

**Description clinique :** ☐ forme méningée simple

☐ forme paralytique Si forme paralytique, atteinte respiratoire : ☐ oui ☐ non

☐ autres symptomes, préciser : .....

Date des premiers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Isolement d'un poliovirus sans signe clinique

**Evolution :** ☐ guérison ☐ décès ☐ séquelles

Si séquelles, préciser : .....

**Poliomyélite**

**Critères de notification : au moins l'un des critères suivants :**
– poliomyélite aiguë quelle que soit la forme clinique ou
– isolement d'un poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale.

---

**Confirmation du diagnostic :** nature des prélèvements : ..... Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Identification du virus : culture cellulaire : ☐ oui ☐ non PCR : ☐ oui ☐ non

Différenciation du virus : type : .....

Séroconversion : ☐ oui ☐ non Si oui, préciser le type : .....

Nom et adresse du laboratoire : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

---

**Antécédents vaccinaux :**

Le sujet avait-il dans le passé reçu une vaccination complète (≥3 doses) contre la poliomyélite : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, date de la dernière dose : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Type de vaccin utilisé lors de l'administration de la dernière dose : ☐ oral ☐ injectable ☐ ne sait pas

---

**Notion de contage connu :**

Séjour en pays d'endémie dans le mois précédant les premiers signes : ☐ oui ☐ non

Si oui, pays visité : .....

Contact avec des sujets ayant reçu du vaccin poliomyélitique oral dans les 2 mois précédant les premiers signes cliniques :

☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Autre, préciser : .....

---

| 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 : | |