

République française

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

Maladie à déclaration obligatoire

N° 12218*02

Orthopoxviroses dont la variole

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 : (A établir par l'ARS) Date de la notification :

Code d'anonymat : (A établir par l'ARS) Date de la notification :

Sexe : M F Date de naissance : Code postal du domicile du patient :

Confirmation biologique du diagnostic : oui non

– Technique utilisée : PCR microscopie électronique

– Diagnostic d'espèce : variole cowpox monkeypox autre orthopoxvirose, préciser :

diagnostic d'espèce non réalisé

– Site du prélèvement : lésion cutanée énanthème buccal

prélèvement sanguin examen post-mortem autre, préciser :

La souche a-t-elle été envoyée à un laboratoire d'expertise des Orthopoxvirus : oui non Nom du laboratoire :

Date début des premiers signes cliniques :

Hospitalisation : oui non Si oui, date d'hospitalisation :

Lieu d'hospitalisation :

Evolution : guérison en cours décès séquelles, préciser :

Orthopoxviroses autres que la variole

- **Cas confirmé** : signes cliniques évocateurs et confirmation biologique ou histopathologique.
- **Cas probable** : signes cliniques évocateurs et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Origine possible de la contamination :

contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose : oui, cas confirmé(s) oui, cas suspecté(s) non ne sait pas

Si contact avec au moins 1 cas d'orthopoxvirose confirmé biologiquement, nature de l'orthopoxvirose : variole autre orthopoxvirose, préciser :

Si oui, date ou période de contact dans les trois semaines précédant les premiers signes : à

laboratoire biologie/recherche

séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines Si oui, pays : Date de retour :

contact avec un animal infecté Si oui, espèce animale concernée :

L'orthopoxvirose animale était-elle : suspectée confirmée

Le patient exerce-t-il une profession médicale ou paramédicale : oui non Si oui, laquelle :

Vaccination antivariolique du patient :

Avant 1984 : oui non ne sait pas Si oui, nombre de doses : ne sait pas Année dernière dose : ne sait pas

Après 2002 : oui non Date :

Contexte de la vaccination : contact d'un cas contact d'un contact autre, préciser :

Si contact d'un cas, délai en jours entre premier contact avec le cas index en phase symptomatique et vaccination :

Mesures de contrôle (variole) :

Isolement du malade : oui non Si oui, date du début d'isolement :

Nombre de sujets contacts identifiés : Nombre de sujets contacts vaccinés : ne sait pas

Nombre de sujets contacts vaccinés dans les 4 jours suivant le premier contact avec le cas index en phase symptomatique : ne sait pas

Autres cas dans l'entourage (suspectés ou confirmés) : oui* non ne sait pas 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 :	Hôpital/service :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Télécopie :	Télécopie :	
Signature :		