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

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde

cerfa 12213*01

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par la DDASS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par la DDASS)

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : ☐☐☐☐ Département du domicile du patient : ☐☐☐

Profession : ..... Pays de naissance : .....

Caractéristiques de la maladie :

Fièvre ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Date des 1ers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Date de l'hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Durée de l'hospitalisation : ..... jours

Evolution : ☐ guérison ☐ encore malade ☐ Décès

Fièvre typhoïde ou paratyphoïde

Critères de notification :
Tableau clinique évocateur de fièvre typhoïde ou paratyphoïde associé à un **isolement** de *Salmonella* Typhi, Paratyphi A, Paratyphi B ou Paratyphi C, quel que soit le site de l'isolement.

Ne pas notifier les sérologies positives à *Salmonella* Typhi et Paratyphi ni les infections à d'autres sérotypes de *Salmonella* (Typhimurium, Enteritidis….) quel que soit le site d'isolement.

Antécédents vaccinaux :

Le patient a-t-il été vacciné contre la fièvre typhoïde ? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Si oui, nom du vaccin : ..... Date de la dernière injection : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation microbiologique :

Isolement de :
- ☐ *Salmonella* Typhi
- ☐ *Salmonella* Paratyphi A
- ☐ *Salmonella* Paratyphi B
- ☐ *Salmonella* Paratyphi C

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :
- ☐ sang
- ☐ selles
- ☐ autre, préciser : .....

Date du 1er prélèvement positif : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Origine de la contamination :

Le patient a-t-il séjourné dans un pays étranger au cours du mois précédant le début des symptômes ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui, quel pays ? .....

Origine supposée de la contamination ? .....

Y a-t-il d'autres cas (confirmés par isolement ou cliniquement suspectés) dans l'entourage ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui :

Age (ans)	Date du diagnostic	Séjour étranger dans le mois précédant les symptômes	Pays du séjour	Lien avec le cas

Remplir une fiche de notification pour chaque cas confirmé

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

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique)
Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire