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

cerfa 12206*01

Poliomyélite

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

Description clinique : ☐ Forme méningée simple

☐ Forme paralytique → Atteinte respiratoire : ☐ Oui ☐ Non

☐ Autres symptomes Préciser : .....

Date des premiers signes cliniques *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Isolement d'un poliovirus sans signe clinique

Évolution : ☐ 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 → à préciser le type : .....

Nom et adresse du laboratoire : .....

Antécédents vaccinaux :

Le sujet avait-il dans le passé reçu une vaccination complète (≥3 doses) contre la poliomyélite ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Date de la dernière dose *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

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*	DDASS : signature et tampon
Nom :	**Nom du clinicien :**	
Hôpital/service		
Adresse	Hôpital/service	
Téléphone	Adresse	
Signature	Téléphone	