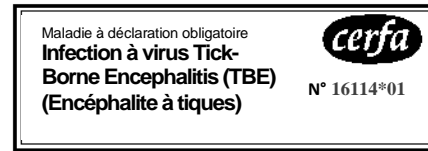


République française

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



Important: cette maladie peut justifier une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Tout cas confirmé ou probable doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS.

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F
 Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS)
 Date de naissance : _____
 Date de la notification : _____

Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS)
 Sexe : M F Année de naissance : _____
 Date de la notification : _____
 Code postal du domicile du patient : _____

Clinique :

Date des premiers signes cliniques _____

- Syndrome infectieux non neurologique
- Méningite
- Encéphalite ou méningoencéphalite
- Paralyse flasque aiguë
- Myélite
- Autre, précisez :

Hospitalisation : oui non NSP

Leucocytes dans le LCS > 5mm3 : oui non NSP pas de ponction de LCS

Evolution au moment de la déclaration : Guérison *ad integrum* Sortie avec signes persistants Hospitalisation en cours Décès

Confirmation biologique du diagnostic

- | | | |
|---|------------------|--|
| - Amplification génique (PCR), préciser échantillon : <input type="checkbox"/> LCS <input type="checkbox"/> Sérum | date /____/____/ | <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP |
| - Isolement du virus | date /____/____/ | <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP |
| - Recherche d'IgM dans le LCS | date /____/____/ | <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP |
| - Recherche d'IgM dans le sérum | date /____/____/ | <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP |
| - Recherche d'IgG dans le sérum | date /____/____/ | <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP |
| - Séroconversion ou augmentation du titre par 4 sur des sera appariés | date /____/____/ | <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP |

Expositions dans le mois avant la date de début des signes (plusieurs réponses possibles) :

Profession :

Séjour à l'étranger : oui non NSP Précisez le(s) pays :

Séjour en France hors du département de résidence : oui non NSP Précisez le(s) département(s) :

Piqure de tique : oui non NSP
 Précisez lieu et date de la dernière piqure.....

Consommation de produits laitiers au lait cru oui non NSP
 Précisez type de produit, lieu et date d'achat

Actes médicaux : transfusion transplantation
 Date et établissement de réalisation des actes médicaux :

Antécédents vaccinaux et date de la dernière injection :

- Vaccination TBE /____/____/
- Vaccination Fièvre jaune /____/____/
- Vaccination Encéphalite japonaise /____/____/

Antécédents d'infection par un autre flavivirus (dengue, encéphalite japonaise, West Nile, fièvre jaune, Zika, Usutu) :

- oui non NSP
- Préciser le virus :
- Année de survenue : /____/

Autre(s) cas dans l'entourage : oui non ne sait pas Si oui, combien de cas : (Remplir une fiche pour chaque cas)

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