

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	DDASS : signature et tampon
Nom :	
Hôpital/service	
Adresse	
Téléphone	
Télécopie	
Signature	



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.

Date de la notification : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre de malades : Nombre de malades hospitalisés : Nombre de malades décédés :

Caractéristiques des malades :								
Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Date et heure de début des signes cliniques	Signes cliniques : N = nausées, D = diarrhée F = fièvre, V = vomissements, A = douleurs abdominales	Analyses microbiologiques faite, non faite, inconnu	Résultats : négatif ou positif (si +, préciser l'agent : <i>Salmonella, Staphylococcus, Campylobacter...</i>)	Complications : DCD = décès H = hospitalisation
Ex :	31	F	42 500	10/06/95 à 12 h	V D F A	faite	S. Enteritidis	H
N° 1								
N° 2								
N° 3								
N° 4								
N° 5								
N° 6								
N° 7								
N° 8								
N° 9								
N° 10								

Analyses microbiologiques dans les aliments (recherche de germes ou de toxines) :

positif négatif non faite

Si analyses positives, préciser l'agent :

Si analyses négatives ou non faites chez les cas ou dans les aliments, quels sont les agents suspectés (le ou les 2 plus probables) ?

1 =

2 =

Toxi-infection alimentaire collective
Critères de notification : survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire

Origine de l'intoxication :

Date du repas : | | | | | | | | | | | | | | | | Heure du repas : Département du repas :

Nombre de personnes ayant participé au repas :

- Lieu du repas : Familial Restaurant Collectivité Scolaire Institut Médico-Social (hôpital, crèche, maisons de retraite, CAT, MAS) Restaurant d'entreprise Autre collectivités - Préciser :

Aliment(s) consommé(s) suspecté(s) :

Origine de(s) aliment(s) suspecté(s) (ex : supermarché, production locale, production familiale) :

Commentaires (circonstances)

.....
.....