République française

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 :

Maladie à déclaration obligatoire cerfa

Tularémie

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

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

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

✂

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

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : ☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Symptômes et signes cliniques : date de début des symptômes : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

☐ Fièvre ☐ Adénopathie(s) (≥1 cm), préciser la localisation : .....

☐ Ulcère cutané, préciser la localisation : .....

☐ Pharyngite ☐ Pneumonie ☐ Conjonctivite ☐ Autres, préciser : .....

Evolution : ☐ en cours ☐ guérison ☐ décès ☐ complications, préciser : .....

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Confirmation du diagnostic :

Isolement de *F. tularensis* : ☐ oui ☐ non ☐ non effectué

Site de prélèvement : .....

Date du prélèvement positif : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

La souche a-t-elle été envoyée au CNR : ☐ oui ☐ non

PCR : Site de prélèvement : ..... Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Résultat de la PCR : .....

Sérologie

1er prélèvement	*2e prélèvement*
Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐	Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
Méthode 1 :	Méthode 1 : .....
Titre 1 :	Titre 1 : .....
Méthode 2 :	Méthode 2 : .....
Titre 2 :	Titre 2 : .....

Tularémie

Critères de notification : (cocher la case correspondante)

Tableau clinique évocateur de tularémie associé à :

☐ Cas confirmé

1. **isolement de** *F. tularensis* à partir de prélèvements cliniques **ou**
2. **multiplication par 4 au moins du titre d'anticorps ou séroconversion** entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé 15 jours plus tard ou en phase de convalescence **ou**
3. **PCR** positive à partir d'un prélèvement clinique

☐ Cas probable

Mise en évidence d'anticorps spécifiques dans un seul sérum avec un titre supérieur ou égal au seuil du laboratoire.

☐ Cas possible

Exposition commune à celle d'un cas confirmé.

Expositions à risque (dans les **4 semaines** précédant les premiers signes cliniques de tularémie) :

Profession : ..... (profession des parents si enfant)

Contact direct avec des animaux (vivants ou morts) ou des produits animaux (manipulation, préparation, ingestion) :

- Lièvres : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu
- Rongeurs : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Si oui, préciser l'espèce : .....
- Autres animaux : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Si oui, préciser l'espèce : .....

Pour les animaux, précisez les circonstances du contact (chasse, animal de compagnie personnel, dépeçage, préparation culinaire, etc.) :

.....

Contact direct avec l'eau d'un cours d'eau (ruisseau, rivière, lac…), d'un réservoir ou d'un puit : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Contact avec de la terre (jardinage, tonte de gazon, remblayage) : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Piqûres de tiques : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Si oui, préciser zone mordue : .....

Piqûres de moustiques ou de taons : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Loisirs de plein air (promenade, trek, VTT, jardinage…) : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu Si oui, préciser : .....

Voyage à l'étranger dans le mois précédent le début des signes : ☐ oui ☐ non Si oui, préciser le pays : .....

Cas dans l'entourage : ☐ oui* ☐ non ☐ inconnu Si oui,combien : ☐☐

* Remplir une fiche pour tous les cas confirmés ou probables

✂

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si déclaration par un biologiste**	**ARS (signature et tampon)**
Nom :	**Nom du médecin prescripteur :**	
Hôpital/service :		
Adresse :	Hôpital/service :	
Téléphone :	Adresse :	
Télécopie :	Téléphone :	
Signature :	Télécopie :	