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

Toxi-infection alimentaire collective

cerfa N° 12211*02

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.

Date de la notification : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Nombre de malades : |_|_|_| Nombre de malades hospitalisés : |_|_|_| Nombre de malades décédés : |_|_|_|

Caractéristiques du/des malade(s) :

Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Date et heure de début des signes cliniques	Signes cliniques*	Analyses microbiologiques : faite, non faite, inconnu	Résultats : négatif ou positif (si +, préciser l'agent : *Salmonella, Staphylococcus, Campylobacter*…)	Complications : DCD = décès H = hospitalisation
exemple	31	M	42500	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	|_|_|		|_|_|_|_|_|					

*N = nausées, D = diarrhée, F = fièvre, V = vomissements, A = douleurs abdominales

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

☐ positive ☐ négative ☐ 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 gastrointestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.

Origine de l'intoxication :

Date du repas : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Heure du repas : |_|_| h |_|_| 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 collectivité, préciser : .....

Aliment(s) consommé(s) suspecté(s) : .....

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

Commentaires (circonstances) : .....

.....

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 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