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 12198*01

Diphtérie

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.

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 : ☐☐☐

Date des premiers signes s'il s'agit d'un cas clinique *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Terrain particulier : .....

Hospitalisation : Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Durée : ..... jours

Évolution : ☐ Guérison ☐ Encore malade ☐ Décès

☐ Séquelles : préciser .....

Diphtérie

Critères de notification : Isolement de *Corynebacterium diphteriae ou ulcerans* ET mise en évidence de la **toxine** (recherche à demander **en URGENCE** au Centre National de Référence pour *Corynebacterium diphteriae* à l'Institut Pasteur de Paris).

Confirmation du diagnostic (cas clinique ou isolement chez un porteur asymptomatique) :

Date d'isolement *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nature du prélèvement : ..... Toxine identifiée par : ☐ PCR ☐ Elek

Nom et adresse du laboratoire : .....

Antécédents vaccinaux :

Le sujet a-t-il reçu dans le passé une vaccination antidiphtérique complète (≥ 3 Doses) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Date de la dernière dose *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nom du vaccin utilisé : .....

Notion de contage connu : ☐ Oui ☐ Non

Si oui,

Voyage récent en zone d'endémie : ☐ Oui Pays visité : ..... Retour le : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Contact avec un sujet revenant de zone d'endémie : ☐ Oui Pays visité : .....

Contact avec un cas : ☐ Oui

Autre, préciser les circonstances : .....

Surveillance et prophylaxie des sujets contacts :

En collectivité : ☐ Oui ☐ Non En milieu familial : ☐ Oui ☐ Non

Cultures : nombre de personnes prélevées : ..... Nombre de cultures positives : .....

Vaccination : nombre de personnes (primo-vaccinées ou revaccinées) : .....

Antibioprophylaxie : nombre de personnes : .....

Nombre de nouveaux cas : .....

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	