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 12215*01

Brucellose

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 : ☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Date des premiers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation du diagnostic

Isolement ☐ oui ☐ non ☐ Non effectué

Site de prélèvement : .....

Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Espèce isolée
- ☐ *B. melitensis*
- ☐ *B. abortus*
- ☐ *B. suis*
- ☐ *B. canis*

Sérologie

1er prélèvement		*2ème prélèvement*	
Méthode 1 :	Méthode 2 :	Méthode 1 :	Méthode 2 : .....
Date ☐☐☐☐☐☐	Date ☐☐☐☐☐☐	Date ☐☐☐☐☐☐	Date ☐☐☐☐☐☐
Titre 1 :	Titre 1 :	Titre 2 :	Titre 2 : .....
☐ En cours	☐ En cours	☐ En cours	☐ En cours
☐ Non effectué	☐ Non effectué	☐ Non effectué	☐ Non effectué

Brucellose

Critères de notification :
Tableau clinique évocateur de brucellose associé à

- **Cas confirmé (au moins un des résultats suivants)**
  1. **isolement** de *Brucella spp.* dans un prélèvement clinique ;
  2. ou **multiplication par au moins 4 du titre d'anticorps** entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé 15 jours plus tard
  3. amplification génique positive
- **Cas probable**
  mise en évidence d'anticorps à titre élevé dans un seul sérum.

Expositions à risque (dans les ***3 mois*** précédant les premiers signes de brucellose)

Profession et secteur d'activités : ..... (si enfant, profession des parents)

Contact avec des animaux (vivants ou morts) :

Bovins :		☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
Ovins :		☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
Caprins :		☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
Porcins :		☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
Autres :		☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu,	Si **oui**, précisez : .....
Manipulation de produits d'avortement :		☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
Manipulation de fumier naturel :		☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
Consommation de :					
lait cru :	de vache	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
	de brebis	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
	de chèvre	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
fromage frais au lait cru :	de vache	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
	de brebis	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
	de chèvre	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
viande peu cuite :	de bœuf	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
	de mouton	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	
	autre	☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu ,	Si **oui**, précisez laquelle : .....
Séjour à l'étranger :		☐ Oui	☐ Non	☐ Inconnu	Si **oui**, précisez le ou les pays : .....

Cas dans l'entourage ☐ Oui * ☐ Non ☐ Inconnu Combien ? .....
* remplir une fiche pour tous les cas confirmés ou probables

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	