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 12199*01

Fièvre jaune

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 patient : ☐☐☐

Date des 1ers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non

Date de l'hospitalisation *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu de l'hospitalisation : .....

Evolution : ☐ Encore malade ☐ Guérison

☐ Décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvre jaune

Critères de notification : Tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie (confirmation par le Centre National de Référence des arbovirus ou le CNR des arbovirus et virus influenzae en région Antilles-Guyane nécessaire pour la déclaration internationale).

Virologie par le CNR : Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Identification par :			
	Isolement	☐ oui	☐ non
	IF	☐ oui	☐ non
	Sérologie	☐ oui	☐ non
	PCR	☐ oui	☐ non
	Histopathologie	☐ oui	☐ non
	Autres	☐ oui	☐ non

Précisez : .....

Origine de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 6 jours précédant le début des signes) : ☐ oui ☐ non

Si **oui**, précisez le lieu : Pays : ..... Localité(s) : .....

Séjour en forêt : ☐ oui ☐ non la date du retour en France : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Autres malades dans l'entourage : ☐ oui ☐ non

Si oui, nombre : .....

Préciser l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre :

1 .....

2 .....

3 .....

Prophylaxie :

Le malade avait-il été vacciné contre la fièvre jaune : ☐ oui ☐ non

Si oui, date de la dernière vaccination : ☐☐☐☐☐☐☐☐

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	