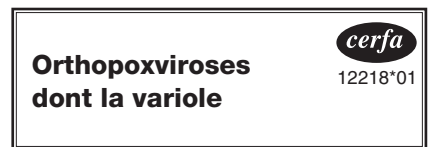


Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service Adresse Téléphone Télécopie Signature	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/service Adresse Téléphone Télécopie
---	--



Important : la réapparition de la variole justifierait une intervention extrêmement urgente aux plan local, national et international. **Vous devez signaler tout cas suspecté ou confirmé de variole immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...)** au Médecin Inspecteur de la DDASS avant même confirmation ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) :
Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Code d'anonymat : (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Sexe : M F Date de naissance : Code postal du domicile du patient :

Confirmation biologique du diagnostic : oui non

- Technique utilisée PCR Microscopie électronique
- Diagnostic d'espèce Variole Orthopoxvirose simienne Autre orthopoxvirose, préciser
 Diagnostic d'espèce non réalisé

- Site du prélèvement Lésion cutanée Énanthème buccal
 Prélèvement sanguin Examen post-mortem Autre, préciser

La souche a t'elle été envoyée à un laboratoire d'expertise des Orthopoxvirus oui non Nom du laboratoire

Date début des premiers signes cliniques (fièvre) :

Hospitalisation oui non Si oui, date d'hospitalisation :

Lieu d'hospitalisation

Evolution : Guérison En cours Décès Séquelles :



Origine possible de la contamination

Laboratoire biologie / recherche Séjour à l'étranger dans les 3 dernières semaines Si oui, pays : Date de retour :

Contact avec un animal infecté Si oui, l'orthopoxvirose animale était-elle : suspectée confirmée

Exposition environnementale Si oui, suspectée confirmée

Contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose Oui, cas confirmé(s) Oui, cas suspecté(s) non ne sait pas

Si oui, date ou période de contact dans les 3 semaines précédant les premiers signes à

Si contact avec au moins 1 cas d'orthopoxvirose confirmé biologiquement, nature de l'orthopoxvirose : Variole Orthopoxvirose simienne
 Autre orthopoxvirose, préciser

Le patient exerce t-il une profession médicale ou para-médicale oui non Si oui, laquelle

Vaccination anti variolique du patient

Avant 1984 oui non ne sait pas Si oui, nombre de doses ne sait pas Année dernière dose ne sait pas

Après 2002 oui non date

Contexte de la vaccination : contact d'un cas contact d'un contact autre, préciser

Si contact d'un cas, délai en jours entre premier contact avec le cas index en phase symptomatique et vaccination

Mesures de contrôle

Isolement du malade oui non Si oui, date du début d'isolement :

Nombre de sujets contacts identifiés : Nombre de sujets contacts vaccinés : ne sait pas

Nombre de sujets contacts vaccinés dans les 4 jours suivant le premier contact avec le cas index en phase symptomatique : ne sait pas

Autres cas dans l'entourage (suspectés ou confirmés) : oui non ne sait pas

Si oui, nombre (si moins de 10) 10 ou plus

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : Hôpital/service Adresse Téléphone Signature	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : Hôpital/service Adresse Téléphone	DDASS : signature et tampon
--	---	------------------------------------