

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>DDASS : signature et tampon</b>
Nom :	
Hôpital/service	
Adresse	
Téléphone	
Télécopie	
<b>Signature</b>	



**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.

Date de la notification : | | | | | | | | | | | | | | | |

Nombre de malades : ..... Nombre de malades hospitalisés : ..... Nombre de malades décédés : .....

Caractéristiques des malades :								
Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Date et heure de début des signes cliniques	Signes cliniques : N = nausées, D = diarrhée F = fièvre, V = vomissements, A = douleurs abdominales	Analyses microbiologiques faite, non faite, inconnu	Résultats : négatif ou positif (si +, préciser l'agent : <i>Salmonella, Staphylococcus,</i> <i>Campylobacter...</i> )	Complications : DCD = décès H = hospitalisation
Ex :	31	F	42 500	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								

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

positif     négatif     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 = .....

<b>Toxi-infection alimentaire collective</b>
<b>Critères de notification :</b> survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastro-intestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire

**Origine de l'intoxication :**

Date du repas : | | | | | | | | | | | | | | | |    Heure du repas : .....    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 collectivités - Préciser : .....

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

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

**Commentaires** (circonstances)

.....  
 .....