République française

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 :

Maladie à déclaration obligatoire

cerfa

Botulisme

N° 12219*02

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie…)** au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Cas n° 1
Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Cas n° 1
Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
(A établir par l'ARS)

Cas n° 1
Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
(A établir par l'ARS)

Cas n° 1
Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : ☐☐☐☐ ou âge : ☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Nombre de malades : ☐☐☐ Nombre de malades hospitalisés : ☐☐☐ Nombre de malades décédés : ☐☐☐

Caractéristiques du/des malade(s) :

Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Hospitalisation Oui/Non (date)	Date des 1ers signes cliniques	**Troubles digestifs** (préciser) : vomissements, diarrhée, constipation, sécheresse de la bouche	**Troubles visuel** occulo-moteurs (préciser)	**Paralysies** (préciser)	**Assistance respiratoire**	**Evolution** (guérison, décès)	**Confirmation du diagnostic** (recherche toxine, autre) positif, négatif, non fait
exemple	31	M	42500	Oui 10/06/95	10/06/95	Constipation, xérostomie...	Mydriase, diplopie…	Dysphagie	Non	En cours	Positif
Cas n°1	☐☐		☐☐☐☐☐								
Cas n°2	☐☐		☐☐☐☐☐								
Cas n°3	☐☐		☐☐☐☐☐								
Cas n°4	☐☐		☐☐☐☐☐								
Cas n°5	☐☐		☐☐☐☐☐								
Cas n°6	☐☐		☐☐☐☐☐								

Confirmation du diagnostic :

Recherche de *Clostridium botulinum :* ☐ positive ☐ négative ☐ non fait

Recherche de toxine botulique : ☐ positive ☐ négative ☐ non fait

Type de la toxine : .....

Identification : dans le sérum : ☐ oui ☐ non dans les selles : ☐ oui ☐ non

dans l'aliment : ☐ oui ☐ non autre prélèvement : ☐ oui ☐ non

Si autre prélèvement, préciser : .....

Botulisme

Critères de notification : diagnostic clinique de botulisme. **Important :** cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. L'ARS (ou les services vétérinaires) doit être alertée dans les plus brefs délais. Cette fiche doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification et par l'ARS en fonction des données de l'enquête effectuée.

Origine de l'intoxication (alimentaire, blessure...) :

☐ **alimentaire, préciser :**

– Aliment incriminé ou suspecté : .....

– Date de la consommation : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐☐☐ Département du repas : ☐☐☐ Nombre de personnes ayant participé au repas : ☐☐

– Lieu du repas : ☐ familial ☐ restaurant ☐ collectivité Préciser : .....
(ex. : école, entreprise, hôpital, crèche, maisons de retraite, CAT, MAS)

– Origine de l'aliment suspecté : ☐ familial ☐ commercialisée Si commercialisée : ☐ industrielle ☐ artisanale

– Commentaires (circonstances…) : .....

☐ **blessure ou autres, préciser :** .....

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