

## FICHE DE SIGNALEMENT d'une maladie à la DRASS

Merci de bien vouloir **compléter** ce questionnaire et le **faxer** à  
**Monsieur le Médecin Inspecteur de Santé Publique au 02.62.93.94.56**

Identification du déclarant :			
<input type="checkbox"/> labm	<input type="checkbox"/> médecin libéral	<input type="checkbox"/> médecin hospitalier	<input type="checkbox"/> autre : .....
Nom : .....		Prénom : .....	
Adresse : .....		Tél : ____/____/____/____/____/____	
.....		Fax : ____/____/____/____/____/____	
CP : ____	Ville : .....		Email : .....@.....

Identification du patient :			
Nom : .....		Prénom : .....	
Date naissance : ____/____/____		Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	
Adresse : .....			
CP : ____	Ville : .....		Tél : ____/____/____/____/____/____
Hospitalisation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>si oui, précisez service</i> : .....			
<b>Nom du médecin traitant :</b>			

Maladies à déclaration obligatoire : (à entourer)		
Botulisme		Rage
Brucellose	Infection invasive à méningocoque	Rougeole
Charbon	Légionellose	Saturnisme de l'enfant mineur
Choléra	Listériose	TIAC
Dengue	MCJ	Tuberculose
Diptérie	Orthopoxviroses dont la variole	Tularémie
Fièvres hémorragiques africaines	Paludisme autochtone	Typhus exanthématique
Fièvre jaune	Paludisme d'importation	<b>Chikungunya</b>
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	Peste	
Hépatite aiguë A	Poliomyélite	

Maladies à surveiller : (à entourer)				
Lèpre	Grippe	Intoxication au monoxyde de carbone	Leptospirose	Autre : .....
				.....