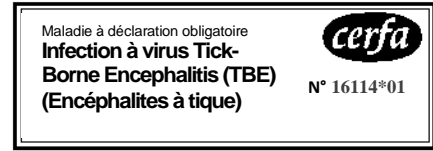


République française

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



Initiale du nom : Code d'anonymat : Sexe : M F Date de naissance :
Code d'anonymat : (A établir par l'ARS) Date de la notification :
Code d'anonymat : (A établir par l'ARS) Date de la notification :
Sexe : M F Année de naissance : Code postal du domicile du patient :

Clinique :
Date des premiers signes cliniques
Syndrome infectieux non neurologique
Méningite
Encéphalite ou méningoencéphalite
Paralysie flasque aiguë
Myélite
Autre, précisez :

Infection à virus TBE
Tableau clinique évocateur d'infection à virus TBE et
Cas confirmé :
- Amplification génique positive dans un échantillon clinique
- Isolement du virus dans un échantillon clinique
- Détection d'IgM spécifiques dans le LCS
- Détection d'IgM et d'IgG dans le sérum
- Séroconversion ou augmentation par 4 du titre sur des sera appariés
Cas probable : détection d'IgM spécifiques dans un sérum unique
Cas possible : tableau neurologique et lien épidémiologique avec un cas confirmé (ex. consommation d'un même produit laitier au lait cru, transfusion)

Hospitalisation : oui non NSP
Leucocytes dans le LCS > 5mm3 : oui non NSP pas de ponction de LCS
Evolution au moment de la déclaration : Guérison ad integrum Sortie avec signes persistants Hospitalisation en cours Décès

Confirmation biologique du diagnostic
- Amplification génique (PCR), préciser échantillon : LCS Sérum date / / positif négatif NSP
- Isolement du virus date / / positif négatif NSP
- Recherche d'IgM dans le LCS date / / positif négatif NSP
- Recherche d'IgM dans le sérum date / / positif négatif NSP
- Recherche d'IgG dans le sérum date / / positif négatif NSP
- Séroconversion ou augmentation du titre par 4 sur des sera appariés date / / positif négatif NSP

Expositions dans le mois avant la date de début des signes (plusieurs réponses possibles) :
Profession :
Séjour à l'étranger : oui non NSP Précisez le(s) pays :
Séjour en France hors du département de résidence : oui non NSP Précisez le(s) département(s) :
Piqure de tique : oui non NSP Précisez lieu et date de la dernière piqure :
Consommation de produits laitiers au lait cru : oui non NSP Précisez type de produit, lieu et date d'achat :
Actes médicaux : transfusion transplantation Date et établissement de réalisation des actes médicaux :

Antécédents vaccinaux et date de la dernière injection :
Vaccination TBE / / /
Vaccination Fièvre jaune / / /
Vaccination Encéphalite japonaise / / /
Antécédents d'infection par un autre flavivirus (dengue, encéphalite japonaise, West Nile, fièvre jaune, Zika, Usutu) :
oui non NSP
Préciser le virus :
Année de survenue : / /

Autre(s) cas dans l'entourage : oui non ne sait pas Si oui, combien de cas : (Remplir une fiche pour chaque cas)

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 :
ARS (signature et tampon)