

## FICHE DE SIGNALEMENT

Merci de bien vouloir compléter ce questionnaire et le faxer à **Monsieur le Médecin Inspecteur de Santé Publique**  
au **0262 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>			

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

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