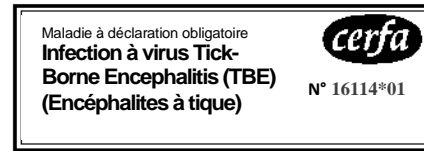


# République française

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie : Signature :	<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien : Hôpital/service : Adresse : Téléphone : Télécopie :
---	--



Initiale du nom :  Prénom : ..... Sexe :  M  F  
 Code d'anonymat :         (A établir par l'ARS)

---

Code d'anonymat :         (A établir par l'ARS)  
 Sexe :  M  F Année de naissance :

Date de naissance :          
 Date de la notification :          
 Date de la notification :          
 Code postal du domicile du patient :

**Clinique :**

Date des premiers signes cliniques

Syndrome infectieux non neurologique  
 Méningite  
 Encéphalite ou méningoencéphalite  
 Paralyse flasque aiguë  
 Myélite  
 Autre, précisez : .....

Hospitalisation :  oui  non  NSP

Infection à virus TBE
Tableau clinique évocateur d'infection à virus TBE et
<input type="checkbox"/> Cas confirmé : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amplification génique positive dans un échantillon clinique</li> <li>- Isolement du virus dans un échantillon clinique</li> <li>- Détection d'IgM spécifiques dans le LCS</li> <li>- Détection d'IgM et d'IgG dans le sérum</li> <li>- Séroconversion ou augmentation par 4 du titre sur des sera appariés</li> </ul> <input type="checkbox"/> Cas probable : détection d'IgM spécifiques dans un sérum unique <input type="checkbox"/> Cas possible : tableau neurologique et lien épidémiologique avec un cas confirmé (ex. consommation d'un même produit laitier au lait cru, transfusion)

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 : <input type="checkbox"/> LCS <input type="checkbox"/> Sérum	date	/	_____	/	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP
- Isolement du virus	date	/	_____	/	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP
- Recherche d'IgM dans le LCS	date	/	_____	/	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP
- Recherche d'IgM dans le sérum	date	/	_____	/	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP
- Recherche d'IgG dans le sérum	date	/	_____	/	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP
- Séroconversion ou augmentation du titre par 4 sur des sera appariés	date	/	_____	/	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> 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) : .....

Piqûre de tique :  oui  non  NSP  
 Précisez lieu et date de la dernière piqûre.....

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)

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