

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 :

Maladie à déclaration obligatoire
**Infection à virus Tick-
Borne Encephalitis (TBE)**
(Encéphalite à tiques)



N° 16157*01

Important : cette maladie peut justifier une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Tout cas confirmé ou probable doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS.

Initiale du nom : ☐ Prénom : Sexe : ☐ M ☐ F

Code d'anonymat :
(A établir par l'ARS)

Date de naissance :

Date de la notification :

Code d'anonymat :
(A établir par l'ARS)

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance :

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

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)