République française

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

cerfa

Maladie à déclaration obligatoire

Leptospirose

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 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 |__|__|__|__|__|__|__|__|

❑ Fièvre (> 38 ,5°C) ❑ Syndrome algique (myalgie, arthralgie)

❑ Atteinte rénale ❑ Atteinte hépatique (ex. ictère)

❑ Atteinte pulmonaire ❑ Atteinte neurologique (méningite)

❑ Autre, précisez : ……

Leptospirose

Tableau clinique évocateur d'infection à Leptospirose **et**

❑ Cas confirmé :
- Amplification génique (PCR) positive dans un échantillon biologique
- Test MAT positif
- Séroconversion ou augmentation du titre par 4

❑ Cas probable : test IgM positif

Hospitalisation : ❑ oui ❑ non ❑ NSP

Passage en réanimation : ❑ oui ❑ non ❑ NSP Plaquettes < 150 000/mm^3 : ❑ oui ❑ non ❑ NSP

Evolution au moment de la déclaration : ❑ Toujours malade ❑ Guérison ❑ Hospitalisation en cours ❑ Décès

Confirmation biologique du diagnostic :

Type d'examen	Nature des prélèvements	Dates prélèvement	Positif	Négatif	NSP	Séro-conversion	Titre ou unités	Marque du kit	Typage (Sérogroupe / génotype)
PCR	sang	___ / ___ / _____	❑	❑	❑	-	-	-	……
PCR	urine	___ / ___ / _____	❑	❑	❑	-	-	-	……..
PCR	LCR	___ / ___ / _____	❑	❑	❑	-	-	-	……..
ELISA IgM	sang	1er ___ / ___ / _____	❑	❑	❑	-	…….	…….	-
ELISA IgM	sang	2ème ___ / ___ / _____	❑	❑	❑	❑	…….	…….	-
MAT	sang	1er ___ / ___ / _____	❑	❑	❑	-	…….	-	……
MAT	sang	2ème ___ / ___ / _____	❑	❑	❑	❑	…….	-	……

Expositions dans les 21 jours avant le début des signes (plusieurs réponses possibles) :

Profession : ……

Séjour à l'étranger : ❑ oui ❑ non ❑ NSP Précisez le(s) pays : …… Date de retour : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Séjour en France hors du département de résidence : ❑ oui ❑ non ❑ NSP Précisez le(s) département(s) : …….....
Date de retour : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Contact avec des animaux (sauvages/élevage/domestiques) : ❑ oui ❑ non ❑ NSP Précisez contexte/animal: ……..

Présence de rongeurs dans le domicile, sur le lieu de travail ou de loisirs : ❑ oui ❑ non ❑ NSP Précisez : ……..

Recours à une source d'eau non courante (ex. eau de pluie, puits, source) : ❑ oui ❑ non ❑ NSP Précisez : ……..

Pratique d'activité à risque	**Préciser activité(s)**	**Lieu(x)** Ex. commune, code postal, site d'eau douce	**Date(s)**
☐ Baignade/ Contact avec eau douce/ Pêche			
☐ Kayak, rafting, canyoning			
☐ Evènement sportif extérieur *			
☐ Activité agricole (élevage, jardinage..)			
☐ Nettoyage après intempéries			
☐ Marche pieds nu à l'extérieur			
☐ Autre			

* courses à obstacles, triathlon, VTT etc

Vaccination contre la leptospirose : ❑ oui ❑ non ❑ NSP Nombre de doses : …… Date de la dernière dose : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Notion de cas groupés: ❑ oui ❑ non ❑ NSP Si oui, nombre cas : …… Si oui, préciser l'exposition : ……..

✂

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