République française

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

Maladie à déclaration obligatoire
Infection à virus Tick-Borne Encephalitis (TBE) (Encéphalite à tiques)
cerfa
N° 16114*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 Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Code d'anonymat : |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| **Date de la notification :** |__|__|__|__|__|__|__|__|

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| **Date de la notification :** |__|__|__|__|__|__|__|__|

(A établir par l'ARS)

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 : ……..

Hospitalisation : ❑ oui ❑ non ❑ NSP

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)

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 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)

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 :	