Critères de notification (cocher la case correspondante)	**Important :** Cette maladie doit faire l'objet **d'un signalement immédiat** au médecin désigné de L'ARASS, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.
Tableau clinique évocateur de charbon associé à : ❑ **cas confirmé** : isolement de *Bacillus anthracis* dans un prélèvement clinique ❑ **cas probable** : amplification génique positive dans un prélèvement clinique ❑ **cas possible** : - cas de charbon cutané sans confirmation biologique - ou autre forme clinique avec un lien épidémiologique avec des cas animaux ou humains confirmés	

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale

ARASS

Maladie à déclaration obligatoire

CHARBON

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :

Médecin de la Direction de la santé
Date d'enregistrement ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nom, tampon et signature :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ❑ M ❑ F DDN : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Numéro DN : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresse géographique :..... Commune de résidence : ..... Tel : .....

Date de notification ☐☐☐☐☐☐☐☐ Code d'anonymat ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ *(à remplir par la DS)*

✂ - - -