Critères de notification	
Survenue d'au moins deux cas similaires d'une symptomatologie, en général gastrointestinale, dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire	**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.

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

Maladie à déclaration obligatoire

TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE

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 :

Nombre de malades : ☐☐☐ Nombre de malades hospitalisés : ☐☐☐ Nombre de malades décédés : ☐☐☐

Caractéristiques du/des malade(s)

Cas	Age	Sexe	Commune	Date et heure du bébut des signes cliniques	Signes cliniques*	Analyse microbiologique : faite, non faite, inconnue	Résultat : négatif ou positif (si positif, préciser l'agent (Salmonella, Staphylococcus, Campylobacter…)	Complications : DCD = décès H = hospitalisation
exemple	31	M	Paea	10/06/2015 à 12h	VDFA	faite	S. Enteritidis	H
n° 1								
n° 2								
n° 3								
n° 4								
n° 5								
n° 6								
n° 7								
n° 8								
n° 9								
n° 10								

* A = douleurs abdominales, D = diarrhée, F = fièvre, N = nausées, V = vomissements

Analyses microbiologiques dans les aliments (recherche de germes ou de toxines) : ❑ positive ❑ négative ❑ non faite

Si analyses positives, préciser l'agent : ……

Si analyses négatives ou non faites chez les cas ou dans les aliments, quels sont les agents suspectés (le ou les 2 plus probables) ?

1/ ……

2/ ……

Origine de l'intoxication :

Date du repas : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Heure du repas : ☐☐ h ☐☐ Commune du repas : ……

Nombre de personnes ayant participé au repas : ☐☐☐

Lieu du repas : ❑ familial
❑ restaurant
❑ collectivité : ❑ scolaire
❑ institut médico-social (hôpital, crèche, maisons de retraite, …)
❑ restaurant d'entreprise
❑ autre collectivité, préciser : ……

Aliment(s) consommé(s) suspecté(s) : ……

Origine(s) de(s) aliment(s) suspecté(s) (ex. : supermarché, production locale, production familiale) : ……

Commentaires (circonstances) : ……

……

Médecin désigné de l'ARASS : BVSO, BP 2 551, 98 713 Papeete - Tel : 40 48 82 01 / 87 70 65 02 - Fax : 40 48 82 12 - Email : veille.sanitaire.arass@administration.gov.pf