Critères de notification		
Critères de notification : Diagnostic clinique de botulisme **Important** : Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Le BVS (ou les services vétérinaires) doit être alerté dans les plus brefs délais. Cette fiche doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification et par le BVS en fonction des données de l'enquête effectuée.	**Important :** Cette maladie doit faire l'objet **d'un signalement immédiat** au médecin désigné de la Direction de la santé, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.	Polynésie française Ministère chargé de la santé Direction de la santé Maladie à déclaration obligatoire **BOTULISME**

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

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

Sexe : ❑ M ❑ F Age : ans ou mois Commune de résidence : ……………………………… Ile / Pays ………………………

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

Caractéristiques du / des malades

	Cas n° 1	Cas n° 2	Cas n° 3	Cas n° 4
Age (ans)				
Sexe (M / F)				
Commune				
Hospitalisation	oui / non	oui / non	oui / non	oui / non
Date (jj-mm-aaaa)				
Date des 1ers signes cliniques				
Troubles digestifs (préciser) vomissement, diarrhée, constipation, sècheresse buccale				
Trouble visuel occulo-moteur (préciser)				
Paralysies (préciser)				
Assistance respiratoire	oui / non	oui / non	oui / non	oui / non
Evolution	guérison / en cours / décès	guérison / en cours / décès	guérison / en cours / décès	guérison / en cours / décès
Confirmation du diagnostic	positif / négatif / non fait	positif / négatif / non fait	positif / négatif / non fait	positif / négatif / non fait

Confirmation de diagnostic

Recherche de *Clostridium botulinum* : ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Non fait

Recherche de toxine botulique : ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Non fait

Type de la toxine : ……………………………………………………………………………

Identification Dans le sérum : ❑ oui ❑ non Dans les selles : ❑ oui ❑ non

Dans l'aliment : ❑ oui ❑ non Autre prélèvement : ❑ oui ❑ non préciser : ……………………………

Origine de l'intoxication (alimentaire, blessure…) : ……………………………………………………

Si alimentaire, *préciser* : ……………………………………… Date de consommation :

Aliment incriminé suspecté : ………………………………………

Commune de repas : ……………………………………………… Nombre de personnes ayant participé au repas :

Lieu des repas : ❑ Familial ❑ Restaurant ❑ Collectivité, *préciser* (école, entreprise, hôpital, crèche, maison de retraite…)

……………………………………………………………………………………

Origine de l'aliment suspecté : ❑ Familiale ❑ Commercialisée Si commercialisée : ❑ industrielle ❑ artisanale