Critères de notification (cocher la case correspondante)	**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.
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
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

CHARBON

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 .....

Signes cliniques :

Date des premiers signes cliniques :

Forme clinique :

Cutanée : ❑ Oui ❑ Non Méningée : ❑ Oui ❑ Non Septicémique : ❑ Oui ❑ Non

Digestive : ❑ Oui ❑ Non Pulmonaire : ❑ Oui ❑ Non Rhinopharyngée : ❑ Oui ❑ Non

Hospitalisation : ❑ Oui ❑ Non Si oui, date de l'hospitalisation : Lieu d'hospitalisation : .....

Evolution (à la date de la notification) : ❑ Guérison ❑ Encore malade ❑ Decès Si décès, date :

Confirmation du diagnostic : ❑ Cas Confirmé ❑ Cas probable ❑ Cas possible

Nature du/des prélèvement(s) :

❑ Vésicule : date du prélèvement ❑ Sous une escarre : date du prélèvement

❑ Sang : date du prélèvement ❑ Selles : date du prélèvement

❑ LCR : date du prélèvement ❑ Expectorations : date du prélèvement

❑ Adénopathies : date du prélèvement ❑ Rhinopharynx : date du prélèvement

Isolement de la souche de *Bacillus anthracis* : ❑ Oui ❑ Non La souche a-t-elle été transmise au CNR : ❑ Oui ❑ Non

Amplification génique : ❑ Positive ❑ Négative ❑ Non réalisée

Origine suspectée de la contamination (au cours des deux mois précédant la date de début des signes) : (Plusieurs réponses possibles)

❑ Voyage dans un pays d'endémie (Afrique, Moyen-Orient, Asie du sud…)

Nom du/des Pays : ..... Date de retour en Pf

❑ Contact avec un animal malade atteint ou ou suspect de charbon

Lequel : ..... Date Lieu : .....

Confirmation bactériologique de l'animal ❑ Oui ❑ Non

❑ Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale en provenance de zone d'endémie

❑ Consommation de viandes ou autres produits d'origine animale issus d'animaux abattus dans un cadre familial ou rituel

❑ Manipulation de produits importés de zone d'endémie (laine ou cuirs artisanaux, autres sous-produits animaux…)

❑ Autres, détailler : .....

Existence d'autres cas dans l'entourage : ❑ Oui ❑ Non Si oui, combien :

Lien avec le cas faisant l'objet de cette fiche : ❑ Famille ❑ Entourage professionnel ❑ Amis et relations

Remplir une fiche par cas