


**République française**

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ <b>Signature :</b> _____	<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____
--	--

Maladie à déclaration obligatoire  <b>Botulisme</b> N° 12219*02
---

**Important :** cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...)** au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Cas n° 1  
 Initiale du nom :  Prénom : ..... Sexe :  M  F Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Cas n° 1  
**Code d'anonymat :** \_\_\_\_\_ **Date de la notification :** \_\_\_\_\_  
 (A établir par l'ARS)

Cas n° 1  
**Code d'anonymat :** \_\_\_\_\_ **Date de la notification :** \_\_\_\_\_  
 (A établir par l'ARS)  
 Cas n° 1  
 Sexe :  M  F Année de naissance : \_\_\_\_\_ ou âge : \_\_\_\_\_ Code postal du domicile du patient : \_\_\_\_\_

Nombre de malades : \_\_\_\_\_ Nombre de malades hospitalisés : \_\_\_\_\_ Nombre de malades décédés : \_\_\_\_\_

Caractéristiques du/des malade(s) :											
Cas	Age	Sexe	Code postal du domicile	Hospitalisation Oui/Non (date)	Date des 1 <sup>ers</sup> signes cliniques	Troubles digestifs (préciser) : vomissements, diarrhée, constipation, sécheresse de la bouche	Troubles visuel occulo-moteurs (préciser)	Paralysies (préciser)	Assistance respiratoire	Evolution (guérison, décès)	Confirmation du diagnostic (recherche toxine, autre) positif, négatif, non fait
exemple	31	M	42500	Oui 10/06/95	10/06/95	Constipation, xérostomie...	Mydriase, diplopie...	Dysphagie	Non	En cours	Positif
Cas n°1	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cas n°2	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cas n°3	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cas n°4	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cas n°5	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cas n°6	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Confirmation du diagnostic :**

Recherche de *Clostridium botulinum* :  positive  négative  non fait  
 Recherche de toxine botulique :  positive  négative  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  
 Si autre prélèvement, préciser : .....

<b>Botulisme</b> <b>Critères de notification :</b> diagnostic clinique de botulisme. <b>Important :</b> cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. L'ARS (ou les services vétérinaires) doit être alertée 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 l'ARS en fonction des données de l'enquête effectuée.
---

**Origine de l'intoxication (alimentaire, blessure...) :**

**alimentaire, préciser :**  
 - Aliment incriminé ou suspecté : .....  
 - Date de la consommation : \_\_\_\_\_ Département du repas : \_\_\_\_\_ Nombre de personnes ayant participé au repas : \_\_\_\_\_  
 - Lieu du repas :  familial  restaurant  collectivité Préciser : .....  
 (ex. : école, entreprise, hôpital, crèche, maisons de retraite, CAT, MAS)  
 - Origine de l'aliment suspecté :  familial  commercialisée Si commercialisée :  industrielle  artisanale  
 - Commentaires (circonstances...) : .....  
 **blessure ou autres, préciser :** .....

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ <b>Signature :</b> _____	<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____	<b>ARS (signature et tampon)</b> _____ _____ _____
--	--	---