

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 25 août 2022 modifiant l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique

NOR : SPRP2224273A

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3113-1, R. 3113-2, et D. 3113-6 ;

Vu l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique,

Arrête :

Art. 1^{er}. – L'annexe 15 de l'arrêté du 22 août 2011 susvisé est remplacée par la fiche dont le modèle est annexé au présent arrêté.


Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 25 août 2022.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J. SALOMON

ANNEXE

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

Maladie à déclaration obligatoire  Orthopoxviroses dont la variole N° 12218
Important : tous les cas suspects de variole sont à signaler immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS avant même confirmation ou envoi de cette fiche. Pour les autres orthopoxviroses, seuls les cas confirmés ou probables (voir définitions dans l'encadré) sont à signaler.

Initiale du nom : Prénom : _____ Sexe : M F Date de naissance : _____

Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS) Date de la notification : _____

Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS) Date de la notification : _____

Sexe : M F Date de naissance : _____ Code postal du domicile du patient : _____

Date des premiers signes cliniques _____

Hospitalisation : oui non nsp

Si oui, motif :

- Douleur Complications Traitement sous ATU Aide sociale Pathologie concomitante

Si complication, préciser :

- Atteinte oculaire Eruption généralisée Atteinte cartilagineuse
 Dermo hypodermite ou nécrose cutanée Infection virale disséminée
 Autre, préciser _____

Orthopoxviroses
<input type="checkbox"/> Cas confirmé : signes cliniques évocateurs et confirmation biologique ou histopathologique <input type="checkbox"/> Cas probable : signes cliniques évocateurs et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Evolution : Guérison En cours Décès

Confirmation biologique du diagnostic oui non nsp

Technique utilisée PCR Microscopie électronique TROD Sérologie Date du prélèvement _____

Diagnostic d'espèce Variole Cowpox Monkepox Autre orthopoxvirose, préciser _____

Site du prélèvement Lésion cutanée, préciser le site : _____ Enanthème
 Prélèvement oropharyngé Prélèvement sanguin Autre, préciser _____

Origine possible de la contamination

Contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose (cas index) oui, cas confirmé oui, cas non confirmé non nsp

Lien du cas avec le(s) cas index : Cercle familial Même domicile Cercle amical Cercle professionnel Partenaire(s) sexuel(s)
 Milieu de soin Collectivité hors soins, préciser _____ Autre, préciser _____

Date du premier contact avec la personne possiblement à l'origine de la contamination _____

Profession du cas : _____

Séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines :

oui non nsp Si oui, préciser le(s) pays _____ Date de retour _____

Contact avec un animal malade ou à risque de transmettre un orthopoxvirus :

oui non nsp Si oui, préciser l'espèce(s) animale(s) concernée(s) _____

L'orthopoxvirose de l'animal était-elle suspectée confirmée nsp

Vaccination antivariolique du patient

Avant 1984 oui non nsp

Après 2002 oui non nsp Si oui, nombre de doses reçues _____ Date de la dernière dose _____

Contexte de la vaccination : Contact d'un cas Contact d'un contact Vaccination préventive, préciser la raison _____

Infection antérieure par un orthopoxvirus oui non nsp Si oui, lequel _____ Date _____

Confirmation microbiologique de l'épisode antérieur oui non nsp

Autre(s) cas dans l'entourage (confirmé(s) ou non) :

oui non nsp Si oui, nombre (si moins de 10) _____ - 10 ou plus Remplir une fiche pour chaque cas suspecté ou confirmé

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

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, R 3113-7 du Code de la santé publique)
 Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 12 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à Santé publique France