

**République française**

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

Maladie à déclaration obligatoire

**Listériose**

**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.

**Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né <1 mois :**

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 :**

**Caractéristiques du patient ou de la mère s'il s'agit d'un nouveau-né <1 mois :**

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

**Evolution de la listériose au jour de la notification (sauf mort *in utero*, cf. infra) :**  
(En cas de forme maternelle, l'évolution concerne le nouveau-né)

Décès :  oui  non

Si oui, date :  Si non, évolution :  favorable  incertaine

**Listériose**

**Critères de notification**  
Isolement de *Listeria monocytogenes*.

**Forme clinique :**

**Non maternelle** (adulte (sauf femme enceinte) et enfant ≥1 mois)

Forme neuroméningée (présence de signes neurologiques ou isolement dans du LCR)

Méningoencéphalite (coma, convulsions ou présence de signes neurologiques en foyer)

Méningite isolée

Rhomboencéphalite

Abscès cérébral

Bactériémie/septicémie (hémoculture positive et absence de signes neurologiques)

Autres, préciser (absence de signes neurologiques, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR) :

**Maternelle** (femme enceinte et nouveau-né <1 mois)

Terme de la grossesse :  (en semaines d'aménorrhée)

Nouveau-né vivant

Date de naissance :

Sexe :  M  F

Signes d'infection chez le nouveau-né :  oui  non

Mort *in utero* (avortement ou mort né)

Date de l'expulsion :

Forme maternelle isolée (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)

**Bactériologie :**

**Date du premier prélèvement positif à *Listeria monocytogenes* :**

**Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :**

Forme non maternelle :  hémoculture  LCR  autres, préciser :

Forme maternelle :

Mère :  hémoculture  Placenta  autres, préciser :

Nouveau-né :  hémoculture  LCR  autres, préciser :

Produit d'avortement ou mort-né :

**Contexte :**

**Pathologie(s) sous-jacente(s) :**  oui  non  ne sait pas

Si oui, préciser :

Si cancer ou hémopathie :

stade :  évolutif  rémission diagnostic <5 ans :  oui  non  ne sait pas

**Traitements réducteurs de l'acidité gastrique :**  oui  non  ne sait pas

Si oui, préciser :  inhibiteurs de la pompe à protons IPP  anti H2  antiacide, pansement gastrique

**Traitement(s) immunodépresseur(s) :**  oui  non  ne sait pas

Si oui, préciser :  chimiothérapie  antiTNF  antirejet  corticoïdes  autre(s) immunodépresseur(s)

Si autre(s) immunodépresseur(s), préciser :

**Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé pour une autre pathologie :**  oui  non  ne sait pas

Si oui, préciser la date d'hospitalisation :

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