**Exemple type pour la transmission d’informations entre les autorités sanitaires et les autorités de contrôle des denrées alimentaires**

**État : février 2020**

*(Sert de formulaire modèle ou de check-list par téléphone)*

**Premières informations sur les maladies potentiellement liées à des denrées alimentaires**

**1. Notification** le (date) : à (heure):

|  |  |
| --- | --- |
| Par | Pour |
| Autorité sanitaire (MC)  Autorité de contrôle des denrées alimentaires (LC)  Hôpital/clinique/médecin  Police  Personnes concernées  Autre | Autorité sanitaire (MC)  Autorité de contrôle des denrées alimentaires (LC)  Hôpital/clinique/médecin  Police  Personnes concernées  Autre |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées de la personne pouvant fournir des informations sur le cas :** | |
| Nom / prénom : | Tél. : |
| E-mail : | Adresse : |
| Autres interlocuteurs : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Maladies** Groupes concernés : | |
| Nombre de personnes malades :  qui sont traitées en ambulatoire : qui sont hospitalisées : | |
| Nom/Adresse/Téléphone du médecin traitant/Hôpital :  Nom/Adresse/Téléphone du cas index (1er cas) | |
| Début de la maladie (date et heure des premiers symptômes lors du premiers cas) : | |
| Symptômes : | Nausée Vomissements Diarrhée  Fièvre Éruption cutanée Autres |
| Évolution de la maladie : | |
| Dépistage de l’agent pathogène chez le malade : | |
| Hypothèse sur l’origine de la maladie : | |

**3. Denrées alimentaires**

|  |
| --- |
| Qu’est-ce qui a été consommé (par tous) dans les 1 à 3 derniers jours ?  Où ?  À quelle occasion ? |
| Y a-t-il encore des restes de denrées alimentaires / des échantillons de contrôle ? |
| Y a-t- il des résultats microbiologiques des denrées alimentaires ? |
| Les malades travaillent-ils dans un établissement du secteur alimentaire ? (par ex. manipulent-ils des aliments non conditionnés ?) |
| Coordonnées de la personne : |
| Remarques |

|  |
| --- |
| **Mesures déjà prises :** |
| **Décision pour la suite :** |