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

**État : août 2024**

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

**Premières informations sur les maladies potentiellement liées aux denrées alimentaires ou à l’eau de douche ou de baignade**

**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 premier cas) : |
| Symptômes : | Nausée Vomissements DiarrhéeFièvre Éruption cutanée Autres  |
| Évolution de la maladie : |
| Dépistage de l’agent pathogène chez les personnes malades : |
| Hypothèse sur la cause de la maladie : |

**3. Denrées alimentaires**

**Cause(s) possible(s) des maladies**

|  |
| --- |
| 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 d’analyse microbiologique des denrées alimentaires ? |
| Les malades travaillent-ils dans un établissement du secteur alimentaire ? (par ex. manipulent-ils des aliments non conditionnés ?) |
| Coordonnées de ces personnes : |
| Remarques : |

**4. Eau de douche / de baignade**

**Cause(s) possible(s) des maladies**

|  |
| --- |
| Suspiscion de pneumonie due à *Legionella*: □ oui □ non, autre |
| **Test rapide** d’antigène urinaire : □ positif □ négatif □ inconnu |
| Y a-t- il des **résultats** d’analyse microbiologique ? □ oui □ non □ inconnu |
| **Exposition**: la liste ci-dessous énumère les lieux où les personnes ont séjourné au cours des 14 jours précédant la déclaration de la maladie, y c. les installations auxquelles elles ont été exposées. Marquer les lieux, installations et activités concernés au moyen d’une croix.  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Lieu**  | **Exposition de ... à …**  | **Adresse**  |
|  | Lieu de travail  |  |  |
|  | Hôtel  |  |  |
|  | Camping  |  |  |
|  | Maison de vacances  |  |  |
|  | Hôpital- en tant que visiteur - en tant que patient |  |  |
|  | Maison de retraite |  |  |
|  | Bains  |  |  |
|  | Cabinet dentaire |  |  |
|  | Humidificateur  |  |  |
|  | Inhalateur |  |  |
|  | Fontaine |  |  |
|  | Tour de refroidissement / climatisation |  |  |
|  | Station de lavage automobile |  |  |
|  | Brumisateur |  |  |
|  | Travaux sanitaires |  |  |
|  | Jardinage (contact avec du terreau |  |  |
|  | Installations sportives (douches)  |  |  |
|  | Inconnu  |  |  |
|  | Autre exposition  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Remarques** |

|  |
| --- |
| **Mesures déjà prises :** |
| **Décision concernant la suite de la procédure :**  |