**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 :** |