

# 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<sup>er</sup>.** – 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

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

Maladie à déclaration obligatoire  <b>Orthopoxviroses dont la variole</b> 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 \_\_\_\_\_

<b>Orthopoxviroses</b>
<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

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

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