



DT9070

À L'USAGE DU DÉCLARANT

**DÉCLARATION D'UNE
MALADIE/INFECTION/INTOXICATION
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)
SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

Voir la liste au verso

Nom et prénom du patient		
Nº d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour
Adresse (Nº, rue)		
Ville		
Code postal	Ind. rég.	Téléphone
		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Profession du patient		

Identification de la MADO					
Nom de la MADO			Date du début de la MADO		
			Année	Mois	Jour
Prélèvement soumis au laboratoire :			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui :
Année	Date Mois	Jour	Nom du laboratoire		
			Année	Mois	Jour
			Nom du laboratoire		

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso					
Ce patient a-t-il donné du sang?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	

Pour une déclaration d'un cas de syphilis :					
<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Latente (moins de 1 an)	<input type="checkbox"/> Tertiaire	<input type="checkbox"/> Autres formes (préciser)		
<input type="checkbox"/> Secondaire	<input type="checkbox"/> Latente (plus de 1 an)	<input type="checkbox"/> Congénitale			

Nom du déclarant		Numéros de téléphone			
(en lettres moulées)		Nº de permis	Ind. rég.	Ind. rég.	
Adresse (Nº, rue)		Ville	Code postal		
Signature du déclarant			Date	Année	Mois Jour

**Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique
de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet :**

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/declarer-une-mado/>



DT9070

À L'USAGE DU DÉCLARANT

**DÉCLARATION D'UNE
MALADIE/INFECTION/INTOXICATION
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)
SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

Voir la liste au verso

Nom et prénom du patient		
Nº d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour
Adresse (Nº, rue)		
Ville		
Code postal	Ind. rég.	Téléphone
		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Profession du patient		

Identification de la MADO					
Nom de la MADO			Date du début de la MADO	Année	Mois
					Jour
Prélèvement soumis au laboratoire :			<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui :
Année	Date	Nom du laboratoire	Année	Date	Nom du laboratoire
	Mois			Mois	
	Jour			Jour	
<input type="text"/> _____ <input type="text"/> _____			<input type="text"/> _____ <input type="text"/> _____		

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso					
Ce patient a-t-il donné du sang?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas		

Pour une déclaration d'un cas de syphilis :					
<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Latente (moins de 1 an)	<input type="checkbox"/> Tertiaire	<input type="checkbox"/> Autres formes (préciser)		
<input type="checkbox"/> Secondaire	<input type="checkbox"/> Latente (plus de 1 an)	<input type="checkbox"/> Congénitale			

Nom du déclarant		Numéros de téléphone			
(en lettres moulées)		Nº de permis	Ind. rég.	Ind. rég.	
Adresse (Nº, rue)		Ville		Code postal	
Signature du déclarant			Date	Année	Mois
					Jour

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet :

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/declarer-une-mado/>

À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU PAR ÉCRIT SIMULTANÉMENT AU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE DÉCLARATION ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE :

- Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite ou cédème pulmonaire)
- Atteinte des systèmes cardiovasculaire, digestif, hématopoïétique, urinaire, respiratoire ou neurologique consécutive à une exposition d'origine environnementale ou professionnelle par les gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acéthylène)
- Botulisme
- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvres hémorragiques virales*
(ex. : fièvre Ébola, fièvre de Marburg, fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa)
- Maladie du charbon (Anthrax)
- Peste
- Variole

À DÉCLARER À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE DÉCLARATION DANS LES 48 HEURES :

- Amiantose
- Angiosarcome du foie
- Arboviroses neuroinvasives*
(ex. : Virus de l'encéphalite équine de l'Est (VEEE), Virus de l'encéphalite équine de l'Ouest (VEEO), Virus de l'encéphalite de St-Louis (VESL), Virus de l'encéphalite de Powassan, Virus de l'encéphalite japonaise, Virus du sérogroupe de Californie (EVSC – ex. : de Jamestown Canyon et de Snowshoe hare))
- Asthme d'origine professionnelle
- Atteinte des systèmes cardiovasculaire, digestif, hématopoïétique, urinaire, respiratoire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle à l'une des matières suivantes :
 - Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique)
 - Aldéhydes (ex. : formaldéhyde)
 - Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
 - Corrosifs (ex. : acide fluorhydrique, hydroxyde de sodium)
 - Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
 - Éthers
 - Glycols (ex. : éthylène glycol)
 - Hydrocarbures et autres composés organiques volatils (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)
 - Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure)
 - Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates)
 - Poussières et fibres minérales (ex. : silice, amiante)
- Babésiose*
- Bérylliose
- Brucellose*
- Byssinose
- Cancer du poumon lié à l'amiante dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
- Chancre mou
- Coqueluche
- Diphtérie
- Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine
- Éclosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
- Fièvre Q*
- Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
- Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée
- Granulome inguinale
- Hépatites virales* (ex. : VHA, VHB, VHC)
- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à Hantavirus
- Infection à Plasmodium (malaria)*
- Infection gonococcique
- Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*
- Infection invasive à méningocoques
- Infection invasive à streptocoques du Groupe A
- Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)
- Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus*
- Infection par le virus du Nil occidental*
- Légionellose
- Lèpre
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Maladie de Chagas*
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes*
- Maladie de Lyme*
- Mésothéliome
- Oreillons
- Paralysie flasque aiguë
- Poliomérite
- Psittacose
- Rage*
- Rougeole
- Rubéole
- Rubéole congénitale
- Sida : seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus*
- Silicose
- Syndrome hémolytique urémique (SHU) ou purpura thrombopénique thrombotique (PTT) associé à *Escherichia coli* producteur de shigatoxines
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- Syphilis*
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire et hydrique
- Trichinose
- Tuberculose*
- Tularémie
- Typhus

NOTES : Pour les MADO identifiées par un astérisque (*), le médecin doit fournir les informations sur les don(s) et réception(s) de sang, produits sanguins, tissus ou organes.

Pour les patients résidant à l'extérieur du Québec, déclarer au directeur national de santé publique.