

Code Déclaration		
Médecin	Chef du Service	Biologiste
Prénom:	Prénom:	Prénom:
Nom:	Nom:	Nom:
Service:	Service:	Laboratoire: Public Privé
Etablissement	Etablissement	Etablissement
Tel:	Tel:	Tel: Fax:
Fax: E-mail:	Fax: E-mail:	E-mail:
E maii.	L mail.	L mail.
Dénomination de la maladie		Code CIM10
	<u> </u>	
Identité du malade		
Prénom		
Initiale du Nom: Sexe:	Masculin Féminin Date de Nai	ssance:
Profession:		
Adresse, Coordonnées & Déplacements	s recents du malade	
Adresse: Code Postal:	Ville	
	VIII.	
Wilaya		
Lieu de travail ou Ecole:		
Tél:	E-mail:	
Lieux fréquentés dans les 30 derniers jour	'S:	
Signes cliniques		
Date d apparition des signes cliniques :		
Hospitalisation: Oui Non	Evacuation Oui Non	Date:
Si hospitalisation, Date:	Lieu d'évacuatio	on .
Description des signes cliniques		
Besonption des signes cimiques		
Foyers possibles de la maladie:		
Evolution: toujour malade	Guerison Décès si so	ortie date:
L'Volution. L'Itodjour malade		ortie date.
Autres:,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	,,,,,,,,, si sd	écès date:
Analyse du laboratoire		
Date des prélèvements:		
Date de reception des prélèvements		résultats:
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		resultats.
Types de prélèvements: Résu	Itats:	
Cas Confirmé: Oui Non		
Cas CommineOutINON		
Signature Date S	Signature Chef Date	Signature Date
Médecin Heure (de Service	Biologiste