

Province ou préfecture de : _____

FICHE DE DECLARATION OBLIGATOIRE DE MALADIE

Maladie : _____ code : _____

Nom ou initiales du malade (1) : _____

Age : _____ Sexe : M- F Profession : _____

Adresse exacte

(2) : _____

Lieu de travail ou école fréquentée (2) : _____

Date de début de la maladie : |__|__| |__|__| |__|__|

Cas clinique : |__|

Ou cas confirmé : |__| type de confirmation : _____

Observations et remarques éventuelles : _____

Date de déclaration : |__|__| |__|__| |__|__|

*Nom, adresse et signature du
médecin déclarant*

(1) pour le SIDA et les MTS seules les initiales seront mentionnées

(2) A ne pas remplir en cas de SIDA et de MST.