

MICRO-ALGUES *OSTREOPSIS*

Fiche de signalement de symptômes après exposition potentielle
A envoyer au point focal ARS par mail ars33-alerte@ars.sante.fr ou par fax au 05 67 76 70 12

DATE : __ / __ / 2021

SIGNALANT

- Médecin Pharmacien Infirmier
 MNS Particulier
 Autre

Nom :

Tel

PATIENT Nom : Prénom :

Sexe H F Date naissance : __ / __ / ____

Tél. (*portable de préférence*) :

Code postal de résidence habituelle :

Professionnel travaillant sur la plage : oui non

PLAGE FREQUENTEE MAX 48H AVANT LE DEBUT DES SYMPTOMES (VOIR BAS DE PAGE SI PLUSIEURS)

Date / / 2021 Heure(s) approximative(s) : deh..... àh.....

Nom Commune : Code postal : Nom Plage :

Baignade Oui Non Activité nautique Oui Non Pêche à pied Oui Non

Promenade, repos Oui Non Autre :....

Odeur inhabituelle de l'eau : Oui, préciser Non

Gout inhabituel de l'eau : Oui, métallique Oui, autre..... Non

Aspect inhabituel de l'eau : Oui, couleur Oui, eau « gluante » Oui, autre..... Non

Autre(s) malade(s) parmi les personnes ayant fréquenté ensemble la plage :

CONSOMMATION DE PRODUITS DE LA MER RECOLTES SUR LA COTE BASQUE 48H AVANT LE DEBUT DES SYMPTOMES (PECHE DE LOISIR)

Produits concernés :

Date de la consommation..... / / 2021 Heure(s) approximative(s) : deh..... àh.....

Date de la pêche/récolte des produits consommés : / / 2021

Commune où les produits ont été pêchés/récoltés : Code postal : Nom de la plage, du lieu-dit :

Autre(s) malade(s) parmi les personnes ayant consommé les mêmes produits :

SYMPTOMES DU PATIENT

- Maux de gorge Toux Gêne respiratoire Irritation nasale (*rhinite, picotement*)
 Nez qui coule Saignement de nez Nausées Maux de tête Fièvre
 Courbatures Yeux qui piquent ou qui coulent Rougeurs de la peau Démangeaisons cutanées
 Autre(s) :

Date de début des symptômes : / / 2021 Heure de début des symptômes :h.....

Durée des symptômes : En cours Terminés, durée :

Vaccination Covid19 : Non vacciné Vaccination en cours Vaccination complète

Test COVID-19 **néгатif** de moins de 72h : Oui, RT-PCR Oui, antigénique Non

PARCOURS DE SOIN

- Poste de secours Pharmacien Infirmier
 Médecin Urgences Autre :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- Fréquentation d'autre(s) plage(s) dans les 48h précédant les symptômes (*préciser commune et plage*) :
- Autre information environnementale (*vent fort soufflant de la mer vers la terre, houle forte,..*) :
- Autre information sanitaire (*antécédent de Covid-19 (date), autres antécédents,..*) :