

Annexe 2 : Modèle de déclaration de TIAC

☛ modèle non contrôlé – version en vigueur sur le site intranet du ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche <http://intranet.national.agri/> (rubrique Missions techniques > Alertes et urgences sanitaires > Gestion des cas humains dont TIAC)

Expéditeur :

DD(CS)PP de département

Affaire suivie par :

Date de déclaration :

Téléphone :

Télécopie :

DGAL

Mission des urgences sanitaires

Téléphone : 01 49 55 50 85 ou 81 91

Télécopie : 01 49 55 84 23

Courriel : alertes.dgal@agriculture.gouv.fr

DECLARATION DE TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE

(à envoyer dans les 24 heures même si toutes les informations demandées ne sont pas disponibles)

N° d'identification TIAC :	Année	Dép.	N°ordr
----------------------------	-------	------	--------

1) Contexte

Date de réception :	Via :	De :
---------------------	-------	------

2) Lieu du repas

- Restauration familiale <input type="checkbox"/> - Restauration hors foyer <input type="checkbox"/> - Précision :	restauration collective à caractère social <input type="checkbox"/> restauration commerciale <input type="checkbox"/> remise directe autre <input type="checkbox"/> autre restauration hors foyer <input type="checkbox"/>	Etablissement (mairie du domicile si TIAC familiale) SIRET :
--	---	---

3) Date de l'intoxication

- date et heure du ou des repas suspect(s) : - date et heure des premiers symptômes : - date et heure des derniers symptômes :
--

4) Nombre de cas

nombre de personnes exposées :	nombre de personnes hospitalisées :
nombre de personnes malades :	nombre de personnes décédées :

5) Symptômes : nombre ou % de malades concernés

Douleurs abdominales <input type="checkbox"/>	Nb : % :	Vomissements <input type="checkbox"/>	Nb : % :	Diarrhée <input type="checkbox"/>	Nb : % :	Fièvre <input type="checkbox"/>	Nb : % :
Manifestations allergiques <input type="checkbox"/>	Nb : % :	Type :		Nausées <input type="checkbox"/>	Nb : % :	Diarrhée sanglante <input type="checkbox"/>	Nb : % :
Autres symptômes <input type="checkbox"/>	Nb : % :			(précision			

6) Aliments et germes en cause

- Catégorie de produit : Dénomination commerciale : Etablissement producteur : Etablissement distributeur :
- Catégorie de produit : Dénomination commerciale : Etablissement producteur : Etablissement distributeur :
- Catégorie de produit : Dénomination commerciale : Etablissement producteur : Etablissement distributeur :

- Œufs ou ovoproduits concernés : Non Oui (Transmettre la fiche commémoratifs œufs ou ovoproduits)

- Germe présumé responsable : (précision) Analyse sur malades : Oui <input type="checkbox"/> (résultats :) Non <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> (résultats prévus le :) Analyse sur aliments(*) : Oui <input type="checkbox"/> (résultats :) Non <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> (résultats prévus le :) - Germe présumé responsable : (précision) Analyse sur malades : Oui <input type="checkbox"/> (résultats :) Non <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> (résultats prévus le :) Analyse sur aliments(*) : Oui <input type="checkbox"/> (résultats :) Non <input checked="" type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> (résultats prévus le :) (*)si Listeria, envoyer la souche au CNR des Listeria Pasteur Paris en mentionnant le n° de l'alerte produit (n° DGAL ou n°DSVDD(CS)PP)

7) Premières mesures prises ou prévues et observations éventuelles :

--