

# MICRO-ALGUES *OSTREOPSIS*

Fiche de signalement de symptômes après exposition potentielle  
A envoyer au point focal ARS par mail [ars33-alerte@ars.sante.fr](mailto: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) : de .....h..... à .....h.....  
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) : de .....h..... à .....h.....  
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 COVID-19 :  Non vacciné    Vaccination en cours    Vaccination complète  
Test COVID-19 **négatif** 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,..*) : .....