

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT D'UNE T.I.A.C.
(TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE)

A TRANSMETTRE A L'ARS : Fax 0262 93 94 56

A L'IEN : Fax.....

A CONSERVER DANS LE REGISTRE DE DECLARATION D'ACCIDENTS

Ecole :

Adresse :

N° de tél. : N° de fax :

Courriel :

DECLARANT DE LA T.I.A.C.

Nom et Prénom : Date :

Qualité :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA T.I.A.C.

Date et heure d'apparition des premiers symptômes :

Cochez les principaux symptômes observés :

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Diarrhées | <input type="checkbox"/> Selles sanglantes |
| <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> Fièvre |

Type de population exposée : Enfants Adultes

Nombre de personnes exposées	
Nombre de personnes présentant des symptômes	
Nombre de personnes prises en charge	
Observations éventuelles :	

Source supposée de la T.I.A.C. :

- Restauration scolaire
 Sortie scolaire
 Goûter partagé
 Autre :

TOTAL de personnes intoxiquées :

ATTENTION : la DECLARATION de la T.I.A.C. est du ressort du médecin scolaire.

NOTA : La mairie doit se charger de faxer le menu de la semaine à l'ARS et de garder les restes des repas ainsi que les plats témoins et la fiche d'autocontrôle.

A dupliquer si nécessaire en fonction du nombre de cas intoxiqués.

NOM et PRENOM de la personne concernée	Heure des 1^{ers} symptômes	Symptômes	Action conduite
		<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Autres : Précisez	<input type="checkbox"/> Remis aux parents <input type="checkbox"/> Remis au 15 <input type="checkbox"/> Autre :
		<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Autres : Précisez	<input type="checkbox"/> Remis aux parents <input type="checkbox"/> Remis au 15 <input type="checkbox"/> Autre :
		<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Autres : Précisez	<input type="checkbox"/> Remis aux parents <input type="checkbox"/> Remis au 15 <input type="checkbox"/> Autre :
		<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Autres : Précisez	<input type="checkbox"/> Remis aux parents <input type="checkbox"/> Remis au 15 <input type="checkbox"/> Autre :
		<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Autres : Précisez	<input type="checkbox"/> Remis aux parents <input type="checkbox"/> Remis au 15 <input type="checkbox"/> Autre :
		<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Autres : Précisez	<input type="checkbox"/> Remis aux parents <input type="checkbox"/> Remis au 15 <input type="checkbox"/> Autre :
		<input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Autres : Précisez	<input type="checkbox"/> Remis aux parents <input type="checkbox"/> Remis au 15 <input type="checkbox"/> Autre :