

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](mailto: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 :**

--