



DT9070

For the use of health professional

À L'USAGE DU DÉCLARANT

**DÉCLARATION D'UNE
MALADIE/INFECTION/INTOXICATION
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)
SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

Voir la liste au verso
See the list on reverse

Nom et prénom du patient			
N° d'assurance maladie		Date de naissance Année Mois Jour	
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Profession du patient / patient's occupation

Identification de la MADO If presence of symptoms, indicate the date they appear

Nom de la MADO <i>What is the infection?</i>			Date du début de la MADO Année Mois Jour		
Has the sample been sent to the laboratory? Prélèvement soumis au laboratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No			If yes: Si oui :		
Date Année Mois Jour		Laboratory name Nom du laboratoire	Date Année Mois Jour		Laboratory name Nom du laboratoire

For infections transmitted by blood, blood products, organs or tissues:

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso

Did this patient donate blood? Ce patient a-t-il donné du sang?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Don't know <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Has this patient received blood or blood products? Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Did this patient donate organs or tissues? Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Did this patient receive organs or tissues? Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

For a report of a case of syphilis:

Pour une déclaration d'un cas de syphilis :

<input type="checkbox"/> Primary Primaire	<input type="checkbox"/> Latent (less than a year) Latente (moins de 1 an)	<input type="checkbox"/> Tertiary Tertiaire	<input type="checkbox"/> Other forms (specify) Autres formes (préciser)
<input type="checkbox"/> Secondary Secondaire	<input type="checkbox"/> Latent (more than a year) Latente (plus de 1 an)	<input type="checkbox"/> Congenital Congénitale	_____

Name of declarant Nom du déclarant		Phone number Numéros de téléphone	
(en lettres moulées)		N° de permis	Ind. rég.
Adresse (N°, rue)		Ville	Code postal
Health professional Signature du déclarant		Date	Année Mois Jour

To send the declaration to Public health of Nunavik: Email: mado-declarations.r17@ssss.gouv.qc.ca / Fax number: 1-866-867-8026

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/declarer-une-mado/>



DT9070

À L'USAGE DU DÉCLARANT

**DÉCLARATION D'UNE
MALADIE/INFECTION/INTOXICATION
À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)
SELON LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

Voir la liste au verso

Nom et prénom du patient			
N° d'assurance maladie		Date de naissance	
		Année	Mois Jour
Adresse (N°, rue)			
Ville			
Code postal	Ind. rég.	Téléphone	Sexe
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Profession du patient

Identification de la MADO			
Nom de la MADO		Date du début de la MADO	
		Année	Mois Jour
Prélèvement soumis au laboratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui :			
Date		Date	
Année	Mois Jour	Année	Mois Jour
Nom du laboratoire		Nom du laboratoire	
_____		_____	
_____		_____	

Pour une MADO transmissible par le sang, les produits sanguins, les organes ou les tissus : Voir la NOTE au verso			
Ce patient a-t-il donné du sang?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu du sang ou des produits sanguins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ce patient a-t-il donné des organes ou des tissus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ce patient a-t-il reçu des organes ou des tissus?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

Pour une déclaration d'un cas de syphilis :			
<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Latente (moins de 1 an)	<input type="checkbox"/> Tertiaire	<input type="checkbox"/> Autres formes (préciser)
<input type="checkbox"/> Secondaire	<input type="checkbox"/> Latente (plus de 1 an)	<input type="checkbox"/> Congénitale	_____

Nom du déclarant		Numéros de téléphone	
(en lettres moulées)		N° de permis	Ind. rég.
_____		_____	_____
Adresse (N°, rue)		Ville	Code postal
_____		_____	_____
Signature du déclarant		Date	Année Mois Jour
_____		_____	_____

Ce formulaire ainsi que les coordonnées pour rejoindre les directions de santé publique de toutes les régions peuvent être trouvés sur le site Internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/declarer-une-mado/>

À DÉCLARER D'URGENCE PAR TÉLÉPHONE OU PAR ÉCRIT SIMULTANÉMENT AU DIRECTEUR NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ET AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE DÉCLARATION ET À CONFIRMER DANS LES 48 HEURES À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE :

- Atteinte broncho-pulmonaire aiguë d'origine chimique (bronchiolite, pneumonite, alvéolite, bronchite ou œdème pulmonaire)
- Atteinte des systèmes cardiovasculaire, digestif, hématopoïétique, urinaire, respiratoire ou neurologique consécutive à une exposition d'origine environnementale ou professionnelle par les gaz et asphyxiants (ex. : monoxyde de carbone, hydrogène sulfuré, acétylène)
- Botulisme
- Choléra
- Fièvre jaune
- Fièvres hémorragiques virales* (ex. : fièvre Ébola, fièvre de Marburg, fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa)
- Maladie du charbon (Anthrax)
- Peste
- Variole

À DÉCLARER À L'AIDE DU PRÉSENT FORMULAIRE AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DU LIEU DE RÉSIDENCE DE LA PERSONNE VISÉE PAR CETTE DÉCLARATION DANS LES 48 HEURES :

- Amiantose
- Angiosarcome du foie
- Arboviroses neuroinvasives* (ex. : Virus de l'encéphalite équine de l'Est (VEEE), Virus de l'encéphalite équine de l'Ouest (VEEO), Virus de l'encéphalite de St-Louis (VESL), Virus de l'encéphalite de Powassan, Virus de l'encéphalite japonaise, Virus du séro-groupe de Californie (EVSC – ex. : de Jamestown Canyon et de Snowshoe hare))
- Asthme d'origine professionnelle
- Atteinte des systèmes cardiovasculaire, digestif, hématopoïétique, urinaire, respiratoire ou neurologique lorsque le médecin a des motifs sérieux de croire que cette atteinte est consécutive à une exposition chimique d'origine environnementale ou professionnelle à l'une des matières suivantes :
 - Alcools (ex. : alcool isopropylique, alcool méthylique)
 - Aldéhydes (ex. : formaldéhyde)
 - Cétones (ex. : acétone, méthyle éthyle cétone)
 - Corrosifs (ex. : acide fluorhydrique, hydroxyde de sodium)
 - Esters (ex. : esters d'acides gras éthoxylés)
 - Éthers
 - Glycols (ex. : éthylène glycol)
 - Hydrocarbures et autres composés organiques volatils (ex. : aliphatique, aromatique, halogéné, polycyclique)
 - Métaux et métalloïdes (ex. : plomb, mercure)
 - Pesticides (ex. : insecticides organophosphorés et carbamates)
 - Poussières et fibres minérales (ex. : silice, amiante)
- Babésiose*
- Béryllose
- Brucellose*
- Byssinose
- Cancer du poumon lié à l'amiante dont l'origine professionnelle a été confirmée par un Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires
- Chancre mou
- Coqueluche
- Diphtérie
- Éclosion à entérocoques résistants à la vancomycine
- Éclosion au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
- Fièvre Q*
- Fièvre typhoïde ou paratyphoïde
- Gastro-entérite épidémique d'origine indéterminée
- Granulome inguinal
- Hépatites virales* (ex. : VHA, VHB, VHC)
- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection à Hantavirus
- Infection à Plasmodium (malaria)*
- Infection gonococcique
- Infection invasive à *Hæmophilus influenzae*
- Infection invasive à méningocoques
- Infection invasive à streptocoques du Groupe A
- Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)
- Infection par le VIH seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus*
- Infection par le virus du Nil occidental*
- Légionellose
- Lèpre
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Maladie de Chagas*
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob et ses variantes*
- Maladie de Lyme*
- Mésothéliome
- Oreillons
- Paralyse flasque aiguë
- Poliomyélite
- Psittacose
- Rage*
- Rougeole
- Rubéole
- Rubéole congénitale
- Sida : seulement si la personne atteinte a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus*
- Silicose
- Syndrome hémolytique urémique (SHU) ou purpura thrombopénique thrombotique (PTT) associé à *Escherichia coli* producteur de shigatoxines
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- Syphilis*
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire et hydrique
- Trichinose
- Tuberculose*
- Tularémie
- Typhus

NOTES : Pour les MADO identifiées par un astérisque (*), le médecin doit fournir les informations sur les don(s) et réception(s) de sang, produits sanguins, tissus ou organes.
Pour les patients résidant à l'extérieur du Québec, déclarer au directeur national de santé publique.

Selon l'article 93 de la Loi sur la santé publique, le médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population (autre que les MADO) doit en aviser le directeur de santé publique de son territoire.