

Un chien a mordu une personne

Conduite légale à tenir

(Lois du 5-3-2007 et du 20-6-2008)



Vous soignez un patient victime d'une morsure infligée par un chien.
En tant que professionnel, **VOUS** avez une **OBLIGATION** de **DECLARER** cette morsure à la **MAIRIE** du domicile.

Le **PROPRIETAIRE** est **OBLIGE** de conduire son chien chez un vétérinaire pour une **SURVEILLANCE SANITAIRE** de 15 jours et une **EVALUATION COMPORTEMENTALE**.

Vous avez un rôle essentiel dans la **prévention de deux risques** majeurs pour l'Homme :

- La **RAGE** : même vacciné, l'animal peut l'avoir contractée (dernier cas de rage canine en France en février 2020)
- La **RECIDIVE DE MORSURE** : par un chien présentant une pathologie organique ou comportementale, ou vivant dans des conditions favorisant l'apparition d'agressions.



 ORDRE NATIONAL DES MEDECINS Conseil National de l'Ordre	 ORDRE NATIONAL DES VETERINAIRES
Formulaire de déclaration en Mairie pour un chien ayant mordu une personne(1)	
Déclarant Médecin <input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> : Nom : _____ ou tampon professionnel Adresse : _____ Téléphone : _____ Envoyé : par courrier <input type="checkbox"/> Télécopie <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Dépôt <input type="checkbox"/> A la Mairie* de : _____ <small>*La mairie concernée est celle du détenteur du chien A défaut, la Mairie du lieu de la morsure</small> Localité du lieu de la morsure : _____ Date du prochain rendez-vous : _____ Date : _____ Signature : _____	
Identification du détenteur du chien <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____	
Identification du Chien <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Nom : _____ Race, sexe, âge : _____ Numéro de puce ou tatouage : _____	
Identification de la personne mordue (le cas échéant) Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ J'autorise la communication de mes coordonnées à la Mairie de : _____ Date : _____ Signature de la personne mordue : _____	
<small>(1) Garder une copie de cette déclaration dans le dossier du patient</small>	