

*Docteur Jean-François RAULT*  
*Président de la Section Santé publique et*  
*Démographie médicale*

Mesdames, Messieurs les Présidents

Paris, le 26 Avril 2016

**Lettre circulaire**

CBG/CM/SP R. 16.116.053

Contact : Madame Cécile BISSONNIER-GILLOT - ☎ 01 53 89 32 58

E-mail : [bissonnier.cecile@cn.medecin.fr](mailto:bissonnier.cecile@cn.medecin.fr)

Objet : Formulaire de déclaration – morsure de chiens

Mesdames, Messieurs les Présidents,

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a rencontré le Conseil supérieur de l'Ordre des vétérinaires pour échanger avec lui sur des sujets qui peuvent intéresser les deux professions.

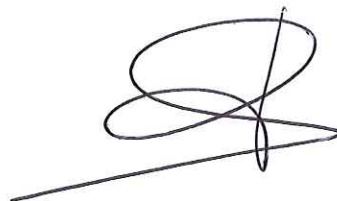
À l'occasion de notre dernière rencontre, a été abordée la problématique des morsures de chiens et de la contamination éventuelle de la rage.

Il a été décidé de rédiger un document commun pour les médecins et les vétérinaires qui permet d'effectuer la déclaration obligatoire en mairie, quand le professionnel reçoit en consultation un patient victime d'une morsure de chien.

Ce formulaire de déclaration obligatoire que vous trouverez, ci-joint, sera téléchargeable sur le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Je vous prie de croire, Mesdames, Messieurs les Présidents, à l'assurance de mes salutations les meilleures.

Docteur Jean-François RAULT



PJ : Formulaire

**Formulaire de déclaration en Mairie  
pour un chien ayant mordu une personne(1)**

**Déclarant**

Médecin  Vétérinaire  autre  :

Nom : ou tampon professionnel

Adresse :

Téléphone :

Envoyé : par courrier  Télécopie  Courriel  Dépôt

A la Mairie\* de :

*\*La mairie concernée est celle du détenteur du chien  
A défaut, la Mairie du lieu de la morsure*

Localité du lieu de la morsure :

Date du prochain rendez-vous :

Date :

Signature :

**Identification du détenteur du chien**

**Inconnue**

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

**Identification du Chien**

**Inconnue**

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 :