

Critères de notification (cocher la case correspondante)**Tableau clinique évocateur de méningite associé à :**

- Cas confirmé** : confirmation biologique par PCR réalisée sur le LCR
 Cas probable : diagnostic biologique par Western Blot réalisé sur le LCR ou le sérum
 Cas possible : éosinophiles > 10 cellules ou > 10% des leucocytes dans le LCR

Polynésie française
 Ministère chargé de la santé
 Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale



Maladie à déclaration obligatoire

ANGIOSTRONGYLOSE NERVEUSE**Médecin ou biologiste déclarant (tampon)**

Nom :
 Etablissement/service :
 Adresse :
 Tel/Fax :
 Signature :

Si notification par un biologiste

Nom du clinicien :
 Etablissement/service :
 Adresse :
 Tel/Fax :

Médecin de la Direction de la santé

Date d'enregistrement : _____
 Nom, tampon et signature :

Nom : Prénom : Sexe : M F DDN : _____ Numéro DN : _____

Adresse géographique : Commune de résidence : Tel :

Date de notification _____ Code d'anonymat _____ (à remplir par la DS)

Date de notification _____ Code d'anonymat _____ (à remplir par la DS)

Sexe : M F Age : _____ ans ou _____ mois Commune de résidence : Ile / Pays de naissance

Signes cliniques : Date des premiers signes cliniques : _____ Date de consultation initiale : _____

- Fièvre Céphalées Syndrome méningé Signes de focalisation
 Paralyse de la 6^{ème} paire crânienne Diarrhée Nausées/vomissements

Contexte épidémiologique

Clinique similaire retrouvé dans l'entourage : Oui Non Si oui, précisez :

Hospitalisation Oui Non Si oui, date d'admission : _____ date de sortie : _____

Passage en réanimation Oui Non Lieu :

Evolution : Encore malade Guérison Décès Ne sait pas

Séquelles : Oui Non Ne sait pas Si oui, préciser :

Prise en charge thérapeutique

Ponction lombaire Oui Non Si oui, date : _____ aspect macroscopique :
 hypertension intracrânienne Oui Non

Traitement par corticostéroïdes Oui Non Si oui, durée en jour : _____

Traitement antiparasitaire Oui Non Si oui, durée en jour : _____

Confirmation biologique Cas Confirmé Cas probable Cas possible

Pourcentage d'éosinophiles maximum au cours de l'hospitalisation dans le LCR : _____ % Date du prélèvement : _____
 dans le sang : _____ % Date du prélèvement : _____

Mise en évidence d'*Angiostrongylus cantonensis* par PCR dans le LCR : Oui Non Non effectué
 Si oui : Ct : Date du prélèvement : _____

Présence d'anticorps spécifiques d'*A. cantonensis* dans le LCR Oui Non Non effectué Date du prélèvement : _____

Présence d'anticorps spécifiques d'*A. cantonensis* dans le sérum Oui Non Non effectué Date du prélèvement : _____

Autre sérologie parasitaire dans le sérum Oui Non Non effectué Date du prélèvement : _____

Exposition à risque (dans les 3 mois précédents les premiers signes d'angiostrongylose)

Profession et secteur d'activités : Catégorie socio-professionnelle :

A proximité du domicile : Présence d'escargots Présence d'autres mollusques Présence de rats

Contact avec des achatines (escargots) ou autres mollusques Oui Non Ne sait pas
 si oui, date : _____ et lieu :

Consommation de : Taïoro : Oui Non si oui, date : _____ et lieu d'achat, fournisseur :

Mitihue : Oui Non si oui, date : _____ et lieu d'achat, fournisseur :

Chevrettes : Oui Non si oui, date : _____ et lieu d'achat, fournisseur :

Si oui : cuites crues Si crues : congelées > 48h avant congelées < 48h avant non congelées

Légumes/crudités locales : Oui Non Si oui, date : _____ et lieu :

Si au moins un des aliments ci-dessus a été consommé, des échantillons sont-ils encore disponibles ? Oui Non