

Critères de notification
Confirmation biologique par PCR OU sérologie positive

Important : Cette maladie doit faire l'objet d'un **signalement immédiat** au médecin désigné de l'ARASS, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.

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



Maladie à déclaration obligatoire

AUTRES ARBOVIROSES

(que la dengue, la fièvre jaune, le chikungunya, les fièvres hémorragiques virales, le zika)

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :

Médecin de la Direction de la santé
Date d'enregistrement <input style="width: 100px;" type="text"/>
Nom, tampon et signature :

Nom : Prénom : Sexe : M F DDN Numéro DN

La mention d'une adresse précise et du numéro de téléphone est indispensable pour l'initiation rapide de la lutte pérfocale.

Adresse géographique précise :

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

Clinique	Signes de gravité
Date de début des signes <input style="width: 100px;" type="text"/>	- Fuite plasmatique entraînant état de choc <input type="checkbox"/>
Fièvre ≥ 38,5°C <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	accumulation liquidienne avec détresse respiratoire <input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	- Saignements sévères selon l'évaluation du clinicien <input type="checkbox"/>
Eruption cutanée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	- Atteintes organiques sévères
Arthralgies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	détérioration de l'état de conscience <input type="checkbox"/>
Autre, préciser :	cœur et autres organes <input type="checkbox"/>
	ASAT ou ALAT > 1000 <input type="checkbox"/>

Hospitalisation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date d'admission <input style="width: 100px;" type="text"/>	date de sortie <input style="width: 100px;" type="text"/>
Evolution : Guérison <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas		Lieu :
Décès <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, date du décès <input style="width: 100px;" type="text"/>	

Confirmation biologique	Date(s)	Soit J	Nature (sang, LCR, autres)	Résultats
PCR	1 ^{er} prélèvement <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
	2 ^e prélèvement <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
IgM	1 ^{er} prélèvement <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
	2 ^e prélèvement <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
Plaquettes	<input type="checkbox"/> ≤ 50 000/mm ³	<input type="checkbox"/> 50 000 à 100 000/mm ³	<input type="checkbox"/> > 100 000/mm ³	

Contexte épidémiologique

Cas isolé Autres cas dans l'entourage Si oui, combien Contexte épidémique, préciser :

- Séjour dans les 15 jours avant la date de début des signes :
 - à l'étranger : Oui, préciser : Date de retour en Pf Non Ne sait pas
 - en Pf hors zone de résidence principale : Oui, préciser : Date de retour Non Ne sait pas
- Déplacement dans les 7 jours après la date de début des signes (période virémique) :
 - en Pf hors zone de résidence principale : Oui, préciser : Date de retour Non Ne sait pas