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**	**Médecin de la Direction de la santé**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :	Date d'enregistrement ☐☐☐☐☐☐☐☐ 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 périfocale.

Adresse géographique précise : ……

…… Tel : ……

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

✂ - - -