

Critères de notification

Fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ d'apparition brutale
 ET douleur articulaires invalidantes
 ET confirmation biologique par PCR ou séroconversion

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

CHIKUNGUNYA

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

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

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

Date de début des signes

Fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ Oui Non Ne sait pas

Eruption Oui Non Ne sait pas

Myalgie Oui Non Ne sait pas

Arthralgies Oui Non Ne sait pas

Céphalées Oui Non Ne sait pas

Autre, préciser :

Forme compliquée :
 Syndrome de Guillain Barré
 Défaillance d'organe, préciser :
 Autre, préciser :
 Aucune
 Ne sait pas

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

Evolution :
 Guérison Oui Non Ne sait pas Lieu :
 Décès Oui Non Ne sait pas Si oui, date du décès

Confirmation biologique

| | | Date(s) | | Résultats |
|---------------|-----------------------------|---|--|---|
| PCR | 1 ^{er} prélèvement | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | soit J <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait |
| | 2 ^e prélèvement | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | soit J <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait |
| Sérologie IgM | 1 ^{er} prélèvement | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | soit J <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait |
| | 2 ^e prélèvement | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | soit J <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait |

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