Critères de notification	
Tableau clinique évocateur de choléra avec identification d'un vibrion cholérique (confirmation par le Centre national de référence des vibrions nécessaires pour la déclaration internationale).	**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

CHOLERA

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

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 : F ❑ M ❑ Age : ans ou mois Commune de résidence : …… Ile / Pays ……

Signes cliniques

Date des premiers signes cliniques :

Hospitalisation : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, date d'hospitalisation : Lieu d'hospitalisation : ……

Evolution : ❑ Encore malade ❑ Guérison ❑ Décès Si décès, date :

Bactériologie

Identification du vibrion : ❑ Coproculture ❑ autre Précisez : ……

Date : Laboratoire (Nom) : ……

Confirmation du CNR : ❑ Oui ❑ Non Date :

Sérogroupe : …… Sérotype : ……

Origine possible de la contamination

Séjour à l'étranger (dans les 5 jours précédents le début des signes ❑ Oui ❑ Non

Si oui , précisez le lieu : Pays : …… Localité : …… Date de retour en Pf :

Consommation d'eau non embouteillée : ❑ Oui ❑ Non

Consommation de fruits ou légumes crue non pelés : ❑ Oui ❑ Non

Si non, consommation de produits frais venant de pays d'endémies : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, type de produit : …… Origine géographique : ……

Autres malades dans l'entourage : ❑ Oui ❑ Non Si oui, nombre

Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre.

1 / Année de naissance : 4 / Année de naissance :

2 / Année de naissance : 5 / Année de naissance :

3 / Année de naissance : 6 / Année de naissance :

Prophylaxie

Isolement malade : ❑ Oui ❑ Non Si oui, date :

Recherche de vibrion dans l'entourage : ❑ Oui ❑ Non

Chimioprophylaxie de l'entourage : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, précisez le nombre de personnes traitées : Antibiotique utilisé : ……