

Critères de notification	<p><b>Important :</b> Cette maladie doit faire l'objet <b>d'un signalement immédiat</b> au médecin désigné de l'ARASS, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.</p>
<p>Tableau clinique évocateur de coqueluche et confirmation par PCR</p>	

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




ARASS  
Maladie à déclaration obligatoire

COQUELUCHE

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

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

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 : .....

**Description du cas**

Date de début de la phase catarrhale :

Date de début des épisodes de toux paroxystique :

Autres signes cliniques :  Oui  Non Si oui, précisez : .....

Complications :  Oui  Non

Décès :  Oui  Non

**Hospitalisation:**  Oui  Non Date : du  au

Lieu : .....

Traitement antibiotique :  Oui  Non Date : du  au

Si oui, lequel : .....

**Diagnostic biologique**

par PCR :  Positif  Négatif Date :

**Contexte épidémiologique**

Fréquentation d'une collectivité :  Oui  Non Précisez : .....

Sujets contacts autres Enfants < 2 ans : Nombre :

Adultes : Nombre :

**Vaccination (historique)**

Date :  Vaccin : ..... Lot : .....

Date :  Vaccin : ..... Lot : .....

Date :  Vaccin : ..... Lot : .....

Date :  Vaccin : ..... Lot : .....