

Critères de notification	
Tableau clinique évocateur de coqueluche et confirmation par PCR	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
COQUELUCHE

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 :

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 :

Diagnostique 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 :