Critères de notification	
Isolement de *Corynebacterium diphteriae*, *ulcerans*, ou *pseudotuberculosis* et mise en évidence du gène codant pour la toxine diphtérique (recherche à demander en urgence à l'Institut Pasteur de Paris)	**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

DIPHTERIE

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 : _____

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

Clinique

Date des premiers signes _____ Terrain particulier : .....

Hospitalisation ❑Oui ❑ Non

Si oui, date d'hospitalisation _____

Evolution : ❑ Encore malade ❑ Guérison ❑ Décès ❑ Séquelles, préciser : .....

Si décès, date _____

Confirmation du diagnostic (cas clinique ou isolement chez un porteur asymptomatique)

Date d'isolement _____ Nature du prélèvement : .....

Nom et adresse du laboratoire de la première identification : .....

Espèce de *Corynebacterium* identifiée ❑ *C. diphteriae* ❑ *C. ulcerans* ❑ *C. pseudotuberculosis*

Autre, préciser : .....

Mise en évidence du gène codant la toxine ❑ Oui ❑ Non ❑ En cours

Test ELEK ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Ne sait pas

Antécédents vaccinaux

Le sujet a-t-il reçu dans le passé une vaccination complète (≥ 3 doses) : ❑ Oui ❑ Non ❑ Inconnu

Si oui, nom du vaccin utilisé : ..... Date de la dernière dose _____

Notion de contage ❑ Oui ❑ Non

Voyage récent en zone d'endémie ❑ Oui ❑Non Pays visité : .....Date de retour en Pf _____

Contact avec un sujet revenant d'une zone d'endémie ❑ Oui ❑Non Pays visité : .....

Contact avec un cas ❑ Oui ❑Non

Autre, préciser les circonstances : .....

Surveillance et prophylaxie des sujets contacts

En collectivité : ❑ Oui ❑Non

Culture : Nombre de personnes prélevées : ____ Nombre de cultures positives : ____

Vaccination : Nombre de personnes : ____

Antibioprophylaxie : Nombre de personnes (primo-vaccinnées ou revaccinées) : ____

Nombre de nouveaux cas : ____