

Critères de notification	<p>Tableau clinique évocateur de fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes associé à un isolement de Salmonella Typhi, Paratyphi A, Paratyphi C, quel que soit le site de l'isolement.</p> <p>Ne pas notifier les sérologies positives à Salmonella Typhi et Paratyphi ni les infections à d'autres sérotypes de Salmonella (Typhimurium, Enteritidis...) quel que soit le site d'isolement.</p>
	<p><b>Important :</b> Cette maladie doit faire l'objet d'un <b>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>

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



Maladie à déclaration obligatoire  
**FIEVRE TYPHOÏDE OU PARATYPHOÏDE**

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 <input 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 .....

**Caractéristique de la maladie**

Fièvre : Oui  Non  Inconnu  Date des premiers signes cliniques

Hospitalisation : Oui  Non  Inconnu  Si oui, date de l'hospitalisation  Durée d'hospitalisation :  jours

Evolution : Encore malade  Guérison  Décès  Si décès, date :

**Antécédents vaccinaux :** Le patient a-t-il été vacciné contre la fièvre typhoïde ? Oui  Non  Inconnu

Si oui, nom du vaccin : ..... Date de la dernière injection :

**Confirmation microbiologique**

Date du 1<sup>er</sup> prélèvement positif :

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) : Sang   
Selles   
Autres  Préciser : .....

Isolement de : Salmonella Typhi   
Salmonella Paratyphi A   
Salmonella Paratyphi B   
Salmonella Paratyphi C

**Origine de la contamination**

Le patient a-t-il séjourné dans un pays étranger au cours du mois précédant le début des symptômes ? Oui  Non  Inconnu

Si oui, quel pays ? ..... Date de retour en Polynésie française :

Origine supposée de la contamination ? .....

Y a-t-il d'autres cas (confirmés par isolement ou cliniquement suspectés) dans l'entourage ?  
Oui  (remplir une fiche de notification pour chaque cas confirmé) Non  Inconnu

Age (ans)	Date du diagnostic	Séjour étranger dans le mois précédant les symptômes	Pays du séjour	Lien avec le cas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	.....	.....
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	.....	.....
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	.....	.....
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	.....	.....