Critères de notification	
Tableau clinique évocateur de fièvre hémoragique chez une personne en provenance d'une zone d'endémie	**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

FIEVRES HEMORRAGIQUES VIRALES

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

La mention d'une adresse précise et du numéro de téléphone est indispensable pour l'initiation rapide de la lutte périfocale.

Adresse géographique précise : .....

..... 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 de début des signes

Hospitalisation ❑ Oui ❑ Non Si oui, lieu : ..... date d'admission

Encore malade ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas date de sortie

Guérison ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Décès ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, date du décès

Confirmation biologique Date

Identification par :

Isolement ❑ Oui ❑ Non Type de virus : .....

Sérologie ❑ Oui ❑ Non .....

PCR ❑ Oui ❑ Non

Autre, préciser : .....

Contexte épidémiologique

❑ Cas isolé ❑ Autres cas dans l'entourage Si oui, combien ❑ contexte épidémique, préciser : .....

Attribuer un numéro d'ordre à chaque malade et préciser son année de naissance et la chronologie de survenue de symptômes (avant ou après ce cas) :

Année de naissance	Survenue des symptômes		
1.	❑ Avant	❑ Après	❑ Ne sait pas
2.	❑ Avant	❑ Après	❑ Ne sait pas
3.	❑ Avant	❑ Après	❑ Ne sait pas

- Séjour dans les 3 semaines avant la date de début des signes :
  - à l'étranger : ❑ Oui, préciser : ..... Date de retour en Pf ❑ Non ❑ Ne sait pas
  - en forêt ❑ Oui ❑ Non Lieu suspecté de contamination : .....

  Type d'exposition : .....
- Déplacement dans les 7 jours après la date de début des signes (période virémique) :

en Pf hors zone de résidence principale : ❑ Oui, préciser : ..... Date de retour ❑ Non ❑ Ne sait pas

Mesures de contrôle

Isolement du malade ❑ Oui ❑ Non Si oui, date

Information du personnel médical et paramédical ❑ Oui ❑ Non