Critères de notification
Manifestation aiguës et/ou Manifestation chroniques et /ou Diagnostic biologique de confirmation } de filariose lymphatique

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

ARASS

Maladie à déclaration obligatoire

FILARIOSE LYMPHATIQUE

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐ Nom, tampon et signature :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ❑ M ❑ F DD ☐☐☐☐☐☐☐☐ Numéro DN ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Adresse géographique précise : .....

..... Tel : .....

Date de notification ☐☐☐☐☐☐☐☐ Code d'anonymat ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ *(à remplir par la DS)*

✂ - - -