

**Critères de notification**

Maladie clinique avec confirmation histopathologique (infiltrats granulomateux chroniques dans les nerfs périphériques ou empiétant sur ceux-ci) dans une pièce de biopsie et pour les formes multibacillaires : mise en évidence dans les formes lépromateuses ou interpolaires de bacilles acido-alcoolo-résistants au niveau des muqueuses et/ou des lobes des oreilles

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




Maladie à déclaration obligatoire

## LEPRE

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

Nom, tampon et signature :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F DDN  Numéro DN

Adresse géographique : ..... Tel : .....

Commune de résidence : ..... Ile / Pays : .....

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

**Antécédents** (plusieurs réponses possibles)

Jamais traité pour la lèpre :  Oui  Non Patient arrivé en PF en cours de traitement :  Oui  Non

Déjà traité :  Oui  Non Résistance :  Oui  Non

Traitement achevé :  Oui  Non Si oui, préciser : .....

Traitement interrompu avant la fin :  Oui  Non

Autre cas, préciser : .....

**Circonstances du diagnostic**

Signes cliniques ayant poussé le patient à consulter :  Oui  Non

Enquête autour d'un cas :  Oui  Non

Autre cas :  Oui  Non Si oui, préciser : .....

**Forme de lèpre**

Lépromateuse (MB) :  Oui Tuberculoïde (PB) :  Oui

Borderline :  Oui Indéterminée :  Oui

Autre cas :  Oui Si oui, préciser : .....

**Bactériologie**

	Indice bactériologique (1 à 5 croix)	Indice morphologique
Frottis		
Muqueuses nasales	<input style="width: 40px;" type="text"/>	% <input style="width: 40px;" type="text"/>
Oreille droite	<input style="width: 40px;" type="text"/>	% <input style="width: 40px;" type="text"/>
Oreille gauche	<input style="width: 40px;" type="text"/>	% <input style="width: 40px;" type="text"/>

**Antibiogramme**

Non fait

Fait Résistance à : .....

**Histologie**

Tissu : .....

Résultats :  Positif  En faveur  Négatif