

Critères de notification

Tableau clinique évocateur et cas confirmés : Mise en évidence du génome de la bactérie (PCR sur un échantillon précoce)
Cas probable : Contexte épidémiologique évocateur avec une sérologie IgM positive

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

Maladie à déclaration obligatoire
LEPTOSPIROSE

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 : 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

Facteurs d'exposition (dans les 30 jours avant le début des signes)

Contexte épidémiologique Cas isolé Cas groupés, préciser :

Déplacement au cours du dernier mois (professionnel, familial, loisir,...) Oui Non Si oui, préciser le lieu :

Forte précipitation dans le mois précédent Oui Non Si oui, foyer inondé Oui Non

Localisation précise du lieu de contamination suspecté :

	Oui	Non		Oui	Non
Profession à risque			Activités de loisirs		
Traitement des déchets ou assainissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pêche en eau douce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agriculture, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surf près d'une rivière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevage (professionnel ou familial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baignade en eau douce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : <input type="checkbox"/> Porcs <input type="checkbox"/> Bovins <input type="checkbox"/> Chevaux			Randonnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autre, préciser :			Jardinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre profession, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non		Oui	Non
Contacts avec des animaux			Autres contacts		
Rats dans l'environnement domestique ou professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marche pieds nus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommation de fruits non lavés, non épluchés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Décharge à proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Captage d'eau à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Utilisation de déjections animales (engrais ou arrosage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinique Date de début des signes [][][][][][][][][][][][][][][][] Date de 1^{ère} consultation [][][][][][][][][][][][][][][][]

Notion de plaie dans le mois précédent Oui Non Si oui, préciser la localisation de la plaie :

	Oui	Non		Oui	Non
Fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atteinte pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syndrome méningé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myalgies / arthralgies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atteinte cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suffusion conjonctivale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ictère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comorbidités :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome hémorragique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atteinte rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Confirmation Biologique

Date de prélèvement [][][][][][][][][][][][][][][][] Cas confirmé (PCR positive) Cas probable (sérologie IgM + et clinique compatible)

Culture Sérologie PCR Sérovar, préciser :

Hospitalisation Oui Non Si oui, date d'admission [][][][][][][][][][][][][][][][] date de sortie [][][][][][][][][][][][][][][][]

Passage en réanimation Sortie simple Transfert, préciser le lieu :

Antibiothérapie Oui Non Si oui, laquelle : date de début [][][][][][][][][][][][][][][][]

Décès Oui Non Si oui, date du décès [][][][][][][][][][][][][][][][]