

Critères de notification	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.
Isolement de <i>Listeria monocytogenes</i>	

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



Maladie à déclaration obligatoire

LISTERIOSE

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 <input type="text"/>
Nom, tampon et signature :

Nom : Prénom : Sexe : M F DDN Numéro DN

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

Evolution de la listériose au jour de la notification (sauf mort in utero, Cf. infra)

(En cas de forme maternonéonatale, l'évolution concerne le nouveau-né)

Décès : Oui Non Si oui, date Si non, évolution : favorable incertaine

Forme clinique

<input type="checkbox"/> Non maternonéonatale (adulte (sauf femme enceinte) et enfant ≥ 1 mois) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Forme neuroméningée (présence de signes neurologiques ou isolement dans le LCR) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Méningoencéphalite (coma, convulsions ou signes neurologiques en foyer) <input type="checkbox"/> Méningite isolée <input type="checkbox"/> Rhomboencéphalite <input type="checkbox"/> Abcès cérébral <input type="checkbox"/> Bactériémie/septicémie (hémoculture positive et absence de signes neurologiques) <input type="checkbox"/> Autres, préciser (pas de signes neuro, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR) <ul style="list-style-type: none"> 	<input type="checkbox"/> Maternonéonatale (femme enceinte et nouveau-né < 1 mois) <ul style="list-style-type: none"> Terme de la grossesse : <input type="text"/> (en semaine d'aménorrhée) <input type="checkbox"/> Nouveau-né vivant <ul style="list-style-type: none"> Date de naissance : <input type="text"/> Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Signes d'infection chez le nouveau-né : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mort <i>in utero</i> (avortement ou mort né) <ul style="list-style-type: none"> Date de l'expulsion : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Forme maternelle isolée (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)
---	--

Bactériologie

Date du premier prélèvement positif à *Listeria monocytogenes* :

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :

Forme non maternonéonatale : hémoculture LCR autres, préciser :

Forme maternonéonatale :

Mère hémoculture placenta autres, préciser :

Nouveau-né hémoculture LCR autres, préciser :

Produit d'avortement ou mort-né

Contexte

Pathologie(s) sous-jacente(s) : oui non ne sait pas

Si oui, préciser :

Si cancer ou hémopathie stade : évolutif rémission Diagnostic < 5 ans : oui non ne sait pas

Traitement réducteur de l'acidité gastrique : oui non ne sait pas

Si oui, préciser : inhibiteur de la pompe à proton IPP anti H2 antiacide, pansement gastrique

Traitement(s) immunodépresseur(s) : oui non ne sait pas

Si oui, préciser : chimiothérapie anti-TNF antirejet corticoïdes autre immunodépresseur, préciser :

Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé pour une autre pathologie : oui non ne sait pas

Si oui, préciser la date d'hospitalisation :