

Critères de notification
<p>Tous les cas suspects de variole sont à signaler immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARASS avant confirmation ou envoi de cette fiche. Pour les autres, orthopoxviroses, seuls les cas confirmés ou probables (voir définitions ci-dessous) sont à signaler</p> <p>Orthopoxviroses autre que la variole :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cas confirmé : signes cliniques évocateurs et confirmation biologique ou histopathologique. - Cas probable : signes cliniques évocateurs et lien épidémiologique avec un cas confirmé

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.

<p>Polynésie française Ministère chargé de la santé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale</p>  <p>Maladie à déclaration obligatoire</p> <h2 style="text-align: center;">ORTHOPOXVIROSES DONT LA VARIOLE</h2>

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 <input style="width: 100px;" 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

Confirmation biologique du diagnostic : Oui Non

- Technique utilisée : PCR microscopie électronique
- Diagnostic d'espèce : variole cowpox monkeypox autre orthopoxvirose, préciser :
- Diagnostic d'espèce non réalisé
- Site du prélèvement : lésion cutanée énanthème buccal
- Prélèvement sanguin examen post-mortem autre, préciser :

La souche a-t-elle été envoyée à un laboratoire expert des Orthopoxvirus : oui non Nom du laboratoire :

Date de début des signes cliniques

Hospitalisation : oui non Si oui, date d'hospitalisation Lieu d'hospitalisation :

Evolution : guérison en cours décès séquelles, préciser :

Origine possible de la contamination

Contact avec au moins 1 cas humain d'orthopoxvirose : oui, cas confirmé(s) oui, cas suspecté(s) non ne sait pas

Si contact avec au moins 1 cas d'orthopoxvirose confirmé biologiquement, nature de l'orthopoxvirose :

Variole autre orthopoxvirose, préciser :

Si oui, date ou période de contact dans les trois semaines précédant les premiers signes : à

Laboratoire biologique/recherche

Séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines Si oui, pays : Date de retour :

Contact avec un animal infecté Si oui, espèce animale concernée :

L'orthopoxvirose animale était-elle : suspectée confirmée

Le patient exerce-t-il une profession médicale ou paramédicale : oui non Si oui, laquelle :

Vaccination antivariolique du patient

Avant 1984 : oui non ne sait pas Si oui, nombre de dose ne sait pas

Année de la dernière dose ne sait pas

Après 2002 : oui non Date

Contexte de la vaccination : contact d'un cas contact d'un contact autre, préciser :

Si contact d'un cas, délai en jours entre premier contact avec le cas index en phase symptomatique et vaccination

Mesures de contrôle (variole)

Isolement du malade : oui non Si oui, date du début d'isolement

Nombre de sujets contacts identifiés Nombre de sujets contacts vaccinés ne sait pas

Nombre de sujets contacts vaccinés dans les 4 jours suivant le premier contact avec le cas index en phase symptomatique ne sait pas

Autres cas dans l'entourage (suspectés ou confirmés) : oui* non ne sait pas Si oui, nombre (si < 10) 10 ou plus

* Remplir une fiche pour chaque cas suspecté ou confirmé