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.
Présence de *Plasmodium* au frottis ou à la goutte épaisse.	

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

ARASS

Maladie à déclaration obligatoire

PALUDISME

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**Médecin de la Direction de la santé**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :	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 : F ❑ M ❑ Age : |_|_| ans ou |_|_| mois Commune de résidence : ..... Ile / Pays .....

Clinique Date des premiers signes : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Hospitalisation : ❑ oui ❑ non Si oui, date : |_|_|_|_|_|_|_|_| lieu : .....

Accès palustre simple : ❑ oui ❑ non

Evolution : ❑ encore malade ❑ guérison ❑ décès Si décès, date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Confirmation diagnostique Date du diagnostic : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Examen : ❑ goutte épaisse ❑ frottis ❑ test rapide

Espèce plasmodiale : ❑ *P. falciparum* ❑ *P. vivax* ❑ *P. malariae* ❑ *P. ovale* ❑ Espèce indéterminée, précisez : .....

S'il s'agit d'une autre espèce que *P. falciparum*, est-ce le premier accès du patient à cette espèce : ❑ oui ❑ non

La souche a-t-elle été envoyée au CNR de la chimiorésistance du paludisme : ❑ oui ❑ non

Le cas a-t-il été signalé au CNR de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone : ❑ oui ❑ non

Origine possible de la contamination

❑ Autochtone (absence de séjour à l'étranger dans les 12 mois précédent le début des signes)

Transfusion sanguine : ❑ oui ❑ non Si oui, préciser hôpital : ..... date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Greffe : ❑ oui ❑ non Si oui, préciser hôpital : ..... date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

type de greffe : .....

Accident d'exposition au sang : ❑ oui ❑ non

Congénital : ❑ oui ❑ non

Toxicomanie intraveineuse : ❑ oui ❑ non

Zone aéroportuaire :

Résidence sur une zone aéroportuaire (hôtel…) ❑ oui ❑ non Si oui, laquelle : .....

Résidence sur une commune limitrophe d'un aéroport ❑ oui ❑ non Si oui, laquelle : .....

Travail sur un aéroport : ❑ oui ❑ non Si oui, lieu de travail : .....

type d'activité : .....

Fréquentation d'un aéroport : ❑ oui ❑ non Si oui, lieu : .....

Réception de paquet, valise, container en provenance d'une zone d'endémie : ❑ oui ❑ non

Si oui, date : |_|_|_|_|_|_|_|_| Pays de provenance : .....

❑ Importation (séjour en zone d'endémie palustre hors de la Polynésie française)

Si importation, pour chaque séjour indiquer :

Pays	Durée du séjour	Date de retour en Polynésie française
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	