Critères de notification	
Au moins l'un des critères suivants : - poliomyélite aiguë quelle que soit la forme clinique ou - isolement d'un poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale.	**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.

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

Maladie à déclaration obligatoire

POLIOMYELITE

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 : .....

Signes cliniques

Date des premiers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

❑ forme méningée simple

❑ forme paralytique Si forme paralytique, atteinte respiratoire : ❑ Oui ❑ Non

❑ autres symptômes, préciser : .....

❑ isolement d'un poliovirus sans signe clinique

Evolution

❑ guérison ❑ séquelles Si oui, préciser : .....

❑ décès Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation du diagnostic

Nature des prélèvements : ..... Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Identification du virus : Culture cellulaire : ❑ Oui ❑ Non PCR : ❑ Oui ❑ Non

Différenciation du virus : Type : .....

Séroconversion : ❑ Oui ❑ Non Si oui, préciser le type : .....

Nom du laboratoire : .....

Antécédents vaccinaux

Le sujet avait-il dans le passé reçu une vaccination complète (≥ 3 doses) contre la poliomyélite : ❑ Oui ❑ Non ❑ inconnu

Si oui, date de la dernière dose : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Type de vaccin utilisé lors de l'administration de la dernière dose : ❑ oral ❑ injectable ❑ ne sait pas

---

Notion de contage connu

Séjour en pays d'endémie dans le mois précédant les premiers signes : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, pays visité : .....

Contact avec un sujet ayant reçu un vaccin poliomyélitique oral dans les 2 mois précédant les signes cliniques : ❑ Oui ❑ Non ❑ inconnu

Autre, préciser : .....