Critères de notification	
Tableau clinique évocateur et cas confirmé. Les personnes recevant une vaccination antirabique après exposition ne doivent pas être notifiées.	**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

RAGE

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 : ❑ M ❑ F Age : __ ans ou __ mois Commune de résidence : ..... Ile / Pays .....

Clinique

Date de début des signes _____

Hospitalisation ❑ Oui ❑ Non Si oui, date d'admission _____ date de sortie _____

Evolution : Encore malade ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Lieu : .....

Décès ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, date du décès _____

Confirmation biologique par le CNR ❑ Oui ❑ Non Résultats

Date du prélèvement _____ soit J __ ❑ Positif ❑ Négatif

Génotype: I__I Origine géographique présumée : .....

Origine de la contamination

Nature de l'exposition :

Morsure	❑ Oui	❑ Non	Simple manipulation	❑ Oui	❑ Non
Griffure	❑ Oui	❑ Non	Greffe	❑ Oui	❑ Non
Léchage	❑ Oui	❑ Non	Si greffe, préciser l'organe greffé :		
Soins	❑ Oui	❑ Non	Autre	❑ Oui	❑ Non
			Si oui, préciser :		

Date de l'exposition _____

Lieu de l'exposition : Pays : ..... Localité : .....

Animal suspecté : ..... L'animal a-t-il été retrouvé ❑ Oui ❑ Non

Si oui, le diagnostic de rage a-t-il été confirmé ❑ Oui ❑ Non

Si oui, par quel laboratoire ❑ Institut Pasteur de Paris

❑ Autre, préciser : .....

Prophylaxie

Le patient avait-il été vacciné ? ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui, année de vaccination ____ Nombre de doses vaccinales reçues lors de la primovaccination ____

Le patient a-t-il reçu avant le début des signes :

Une sérothérapie ❑ Oui ❑ Non Si oui, date _____ Nombre de doses ____

Une vaccination post-exposition ❑ Oui ❑ Non Si oui, date de la 1ère injection _____ Nombre de doses ____