Critères de notification	
Tableau clinique évocateur et cas confirmé. **Cas confirmé** - cas confirmé biologiquement (détection d'IgM spécifiques* dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG* et/ou PCR positive et/ou culture positive) ou - cas clinique ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption 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.

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale
ARASS
Maladie à déclaration obligatoire

ROUGEOLE

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvre ≥ 38,5°C	❑ Oui	❑ Non	Toux	❑ Oui	❑ Non
Exanthème maculo-papuleux	❑ Oui	❑ Non	Coryza	❑ Oui	❑ Non
généralisé	❑ Oui	❑ Non	Conjonctivite	❑ Oui	❑ Non
durée de 3 jours ou plus	❑ Oui	❑ Non ❑ Ne sait pas	Présence du signe de Koplik	❑ Oui	❑ Non

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

Complications ❑ Oui ❑ Non Si oui ❑ Encéphalite ❑ Pneumopathie

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

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

Confirmation biologique Confirmation demandée ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui		Résultats			
❑ Recherche d'IgM salivaires		❑ Positif	❑ Négatif	❑ En cours	Date de prélèvement ☐☐☐☐☐☐☐☐
❑ Recherche d'IgM sériques		❑ Positif	❑ Négatif	❑ En cours	Date de prélèvement ☐☐☐☐☐☐☐☐
❑ Séroconversion ou ascension des IgG		❑ Positif	❑ Négatif	❑ En cours	Date de prélèvement ☐☐☐☐☐☐☐☐
❑PCR	spécimen :	❑ Positif	❑ Négatif	❑ En cours	Date de prélèvement ☐☐☐☐☐☐☐☐
❑ Isolement du virus	spécimen :	❑ Positif	❑ Négatif	❑ En cours	Date de prélèvement ☐☐☐☐☐☐☐☐

Origine de la contamination

Dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption :

Séjour à l'étranger ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser le pays : .....

Contact avec un cas de rougeole ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui, préciser le lieu ❑ Famille ❑ Lieu de garde ❑ Ecole ❑ Autre, préciser : .....

Autre cas dans l'entourage ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui, préciser le lieu ❑ Famille ❑ Lieu de garde ❑ Ecole ❑ Autre, préciser : .....

Antécédents vaccinaux

Le patient avait-il été vacciné contre la rougeole ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui ❑ avec 1 dose ❑ avec 2 doses Date de la dernière dose ☐☐☐☐☐☐☐☐

Informations reccueillies d'après : ❑ un interrogatoire ❑ carnet de santé ou de vaccination / dossier médical