Critères de notification
Uniquement les tétanos généralisés

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

Maladie à déclaration obligatoire

TETANOS

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :

Médecin de la Direction de la santé
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

Date d'hospitalisation ☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de sortie ☐☐☐☐☐☐☐☐

Evolution
- ❑ Guérison
- ❑ Séquelles, lesquelles : ……
- ❑ Décès, date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Origine possible de contamination ❑ Connue ❑ Inconnue

Mode de contamination probable :
- ❑ Blessure ou plaie
- ❑ Plaie chronique
- ❑ Autre, préciser : ……

Contact direct ou indirect avec des débris de terre (voie publique, jardin, morsure, griffures…) ❑ Oui ❑ Non

Circonstances de contamination : ……

Date supposée de contamination ☐☐☐☐☐☐☐☐

Antécédents vaccinaux

Le patient a-t-il reçu dans le passé une vaccination antitétanique complète avant sa maladie (≥ 3 doses) ? ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

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