Critères de notification	
Tableau clinique évocateur associé à : ❑ **Cas confirmé** : 1) Isolement de *F. tularensis* à partir de prélèvements cliniques ; ou 2) Multiplication par 4 au moins du titre d'anticorps ou séroconversion entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé 15 jours plus tard ou en phase de convalescence ; ou 3) PCR positive a partir d'un prélèvement clinique ❑ **Cas probable :** Mise en évidence d'anticorps spécifiques dans un seul sérum avec un titre supérieur ou égal au seuil du laboratoire ❑ **Cas possible :** exposition commune à celle d'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

TULAREMIE

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 .....

Signes cliniques Date des premiers signes cliniques ☐☐☐☐☐☐☐☐

❑ Fièvre ❑ Pharyngite ❑ Pneumonie ❑ Conjonctivite

❑ Adénopathie(s) (≥ 1 cm), préciser la localisation : .....

❑ Ulcère cutané, préciser la localisation : .....

❑ Autres, préciser : .....

Hospitalisation : ❑ Oui ❑ Non Si oui, date d'hospitalisation ☐☐☐☐☐☐☐☐ Lieu d'hospitalisation : .....

Evolution : ❑ Guérison ❑ Encore malade ❑ Complication, préciser : ..... ❑ Décès, préciser la date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation biologique

Isolement de *F. tularensis* ❑ Oui ❑ Non ❑ Non effectué

Site du prélèvement : ..... Date du prélèvement positif ☐☐☐☐☐☐☐☐

La souche a-t-elle été envoyée au CNR ❑ Oui ❑ Non

PCR : Site de prélèvement : ..... Date de prélèvement ☐☐☐☐☐☐☐☐

Résultats PCR : .....

Sérologie

1er prélèvement Date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Méthode 1 : ..... Titre : .....

Méthode 2 : ..... Titre : .....

2ème prélèvement Date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Méthode 1 : ..... Titre : .....

Méthode 2 : ..... Titre : .....

Exposition à risque (dans les 4 semaines précédant les premiers signes cliniques)

Profession (profession des parents si enfant) : .....

Contact direct avec des animaux (vivants ou morts) ou des produits animaux (manipulation, préparation, ingestion)

- lièvres ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- rongeurs ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser l'espèce : .....
- autres animaux ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser l'espèce : .....

Pour les animaux, préciser les circonstances du contact (chasse, animal de compagnie personnel, dépeçage, préparation culinaire, etc.) :

.....

Contact direct avec l'eau d'un cours d'eau (ruisseau, rivière, lac…), d'un réservoir ou d'un puits ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Contact avec la terre (jardinage, tonte de gazon, remblayage) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Piqûre de tique ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Piqûre de moustiques ou de taons ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Loisirs de plein air (promenade, trek, VTT, jardinage…) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Voyage à l'étranger dans le mois précédent le début des signes ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, pays : .....