

Critères de notification	<p>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.</p>
<p>Tableau clinique évocateur d'un typhus exanthématique avec confirmation biologique par le Centre national de référence des Rickettsia, Coxiella et Bartonella</p>	

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

Maladie à déclaration obligatoire

TYPHUS

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

Médecin de la Direction de la santé
Date d'enregistrement <input type="text"/>
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 :

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé : oui non

Date de l'hospitalisation :

Lieu de l'hospitalisation :

Evolution : encore malade guérison décès Si décès, date :

Biologie

Sérologie : oui non Si oui, date : Laboratoire :

Confirmation du CNR : sérologie : oui non Date :

Isolement : oui non Date :

PCR : oui non Date :

Origine possible de la contamination

Séjour à l'étranger (dans les 2 semaines précédant le début des signes) : oui non

Si oui, préciser le pays : La localité :

Conditions de séjour précaires : oui non

Date de retour en Polynésie française :

Si non, conditions d'hébergement en Polynésie française :

Autres malades dans l'entourage : oui non Si oui, préciser le nombre :

Préciser l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre :

1

2

3

4

Prophylaxie

Désinfection de l'environnement du cas : oui non inconnu

Surveillance des cas contacts (*) : oui non inconnu

Désinfection de l'environnement des cas contacts (*) : oui non inconnu

(*) A remplir par le déclarant et, si besoin, à compléter par le médecin de santé publique de la Direction de la santé