

Critères de notification	<b>Important :</b> 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.
Confirmation biologique par RT-PCR (sang, urine ou autres prélèvements : liquide cébro-spinal, liquide amniotique, produits d'avortement...) OU sérologie positive anti-Zika OU séroconversion OU multiplication par 4 du titre des IgG spécifiques.	

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




Maladie à déclaration obligatoire  
**ZIKA**

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 <input style="width: 100px;" type="text"/>
Nom, tampon et signature :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F DDN  Numéro DN

**La mention d'une adresse précise et du numéro de téléphone est indispensable pour l'initiation rapide de la lutte pérfocale.**

Adresse géographique précise : .....

..... 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

Présence de signes cliniques  Oui  Non  Ne sait pas

Date de début des signes

Forme compliquée :  Oui  Non Si oui, préciser :

Fièvre ≥ 38,5°C  Oui  Non  Ne sait pas

Eruption cutanée  Oui  Non  Ne sait pas

Hyperhémie conjonctivale  Oui  Non  Ne sait pas

Arthralgies  Oui  Non  Ne sait pas

Myalgies  Oui  Non  Ne sait pas

Céphalées  Oui  Non  Ne sait pas

Douleurs rétro-orbitaires  Oui  Non  Ne sait pas

Œdème des extrémités  Oui  Non  Ne sait pas

Autre, préciser : .....

Syndrome de Guillain Barré

Paralysie flasque aiguë

Méningite

Encéphalite

Autre, préciser : .....

**Hospitalisation**  Oui  Non

Si oui, date d'admission  date de sortie  lieu : .....

Evolution : Guérison  Décès  Ne sait pas Si décès, date

Confirmation biologique	Dates	Résultats
RT-PCR sang <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
urine <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
autre, préciser : ..... <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
IgM sang <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait
IgG sang <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Séroconversion <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Multiplication par 4

### Contexte épidémiologique

Cas isolé  Autres cas dans l'entourage Si oui, combien   Contexte épidémique, préciser : .....

• Séjour dans les 15 jours avant la date de début des signes :

- à l'étranger :  Oui, préciser : ..... date de retour en Pf   Non  Ne sait pas

- en Pf hors zone de résidence principale :  Oui, préciser : ..... date de retour   Non  Ne sait pas

• Déplacement dans les 7 jours après la date de début des signes (période virémique) :

en Pf hors zone de résidence principale :  Oui, préciser : ..... date de retour   Non  Ne sait pas