



Surveillance du CHIKUNGUNYA

Médecin Prescripteur (tampon)

Nom :
Hôpital/service :
Adresse :
Téléphone :
Télécopie :
Signature :

DEFINITION DE CAS SUSPECT DE CHIKUNGUNYA

- ✓ FIEVRE $\geq 38.5^\circ$ D'APPARITION BRUTALE
- ✓ ET DOULEURS ARTICULAIRES INVALIDANTES (ARTHRALGIES, MYALGIES)
- ✓ ET ABSENCE DE FOYER INFECTIEUX
- ✓ ERUPTION CUTANEE PRECOCE FREQUENTE

Fiche de signalement à adresser au **Bureau de veille sanitaire** Tél : 40.48.82.01 ou 87.70.65.02 ; Fax : 40.48.82.12 ; Mail : veille@sante.gov.pf

ET à joindre à la prescription de diagnostic de Chikungunya pour le laboratoire

Identification et coordonnées détaillées du patient (obligatoire) :

Nom : Date de Naissance : ____/____/____
Prénom :
N° de téléphone : Sexe : M F
Lieu de séjour actuel (adresse précise en Pf) :
Lieu de travail en Pf :
Adresse permanente :

LA MENTION D'UNE ADRESSE EST INDISPENSABLE POUR LA LUTTE ANTI-VECTORIELLE

Clinique :

Date de début des signes (DDS) : __/__/__

Soit **J**

Date de prélèvement : __/__/__

Fièvre $\geq 38.5^\circ\text{C}$: oui non ne sait pas

Eruption cutanée : oui non ne sait pas

Arthralgies : oui non ne sait pas

Absence de point d'appel infectieux : oui non ne sait pas

Hospitalisation : oui non ne sait pas

Si oui, date d'admission : __/__/__

de sortie : __/__/__

Commentaires :

Myalgies : oui non ne sait pas

Céphalées : oui non ne sait pas

Douleurs intenses des articulations distales :

Poignet Cheville Doigts

Autres :

Demande de confirmation biologique :

	Chikungunya	Dengue
PCR (<J7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ag NS1 (<J7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérologie IgM (>J5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contexte épidémiologique :

Cas isolé

Autre Cas dans l'entourage (groupé)

Oui Cas suspects

Si oui, combien de cas :

Oui Cas confirmés

Si oui, combien de cas :

Ne sait pas