Critères de notification (cocher la case correspondante)
Tableau clinique évocateur de méningite associé à : ❑ **Cas confirmé** : confirmation biologique par PCR réalisée sur le LCR ❑ **Cas probable** : diagnostic biologique par Western Blot réalisé sur le LCR ou le sérum ❑ **Cas possible** : éosinophiles > 10 cellules ou > 10% des leucocytes dans le LCR

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

ANGIOSTRONGYLOSE NERVEUSE

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 de naissance .....

Signes cliniques : Date des premiers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Date de consultation initiale : ☐☐☐☐☐☐☐☐

❑ Fièvre ❑ Céphalées ❑ Syndrome méningé ❑ Signes de focalisation

❑ Paralysie de la 6ème paire crânienne ❑ Diarrhée ❑ Nausées/vomissements

Contexte épidémiologique

Clinique similaire retrouvé dans l'entourage : ❑ Oui ❑ Non Si oui, précisez : .....

Hospitalisation ❑ Oui ❑ Non Si oui, date d'admission : ☐☐☐☐☐☐☐☐ date de sortie : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Passage en réanimation ❑ Oui ❑ Non Lieu : .....

Evolution : ❑ Encore malade ❑ Guérison ❑ Décès ❑ Ne sait pas

Séquelles : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser : .....

Prise en charge thérapeutique

Ponction lombaire ❑ Oui ❑ Non Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

aspect macroscopique :.....

hypertension intracrânienne ❑ Oui ❑ Non

Traitement par corticostéroïdes ❑ Oui ❑ Non Si oui, durée en jour : ☐☐

Traitement antiparasitaire ❑ Oui ❑ Non Si oui, durée en jour : ☐☐

Confirmation biologique ❑ Cas Confirmé ❑ Cas probable ❑Cas possible

Pourcentage d'éosinophiles maximum au cours de l'hospitalisation ❑ dans le LCR : ☐☐ % Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

❑ dans le sang: ☐☐ % Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Mise en évidence d'*Angiostrongylus cantonensis* par PCR dans le LCR : ❑ Oui ❑ Non ❑ Non effectué

Si oui : Ct : ..... Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Présence d'anticorps spécifiques d'*A. cantonensis* dans le LCR ❑ Oui ❑ Non ❑ Non effectué Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Présence d'anticorps spécifiques d'*A. cantonensis* dans le sérum ❑ Oui ❑ Non ❑ Non effectué Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Autre sérologie parasitaire dans le sérum ❑ Oui ❑ Non ❑ Non effectué Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Exposition à risque (dans les 3 mois précédent les premiers signes d'angiostrongylose)

Profession et secteur d'activités : ..... Catégorie socio-professionnelle : .....

A proximité du domicile : ❑ Présence d'escargots ❑ Présence d'autres mollusques ❑ Présence de rats

Contact avec des achatines (escargots) ou autres mollusques ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ et lieu : .....

Consommation de : Taioro : ❑ Oui ❑ Non si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ et lieu d'achat, fournisseur : .....

Mitihue : ❑ Oui ❑ Non si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ et lieu d'achat, fournisseur : .....

Chevrettes : ❑ Oui ❑ Non si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ et lieu d'achat, fournisseur : .....

Si oui : ❑ cuites ❑ crues Si crues : ❑ congelées > 48h avant ❑ congelées < 48h avant ❑ non congelées

Légumes/crudités locales : ❑ Oui ❑ Non Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ et lieu : .....

Si au moins un des aliments ci-dessus a été consommé, des échantillons sont-ils encore disponibles ? ❑ Oui ❑ Non