Critères de notification	
Fièvre ≥ 38,5°C d'apparition brutale ET douleur articulaires invalidantes ET confirmation biologique par PCR ou séroconversion	**Important :** Cette maladie doit faire l'objet **d'un signalement immédiat** au médecin désigné de la Direction de la santé, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

CHIKUNGUNYA

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐ 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 périfocale.

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

Date de début des signes ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvre ≥ 38,5°C	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Eruption	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Myalgie	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Arthralgies	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Céphalées	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas

Autre, préciser : .....

Forme compliquée :

❑ Syndrome de Guillain Barré

❑ Défaillance d'organe, préciser : .....

❑ Autre, préciser : .....

❑ Aucune

❑ Ne sait pas

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

Evolution : Guérison ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Lieu : .....

Décès ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, date du décès ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation biologique		Date(s)		Résultats		
PCR	1er prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	soit J ☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait
	2e prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	soit J ☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait
Sérologie IgM	1er prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	soit J ☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait
	2e prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	soit J ☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait

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