


Critères de notification Fièvre ≥ 38,5°C d'apparition brutale ET au moins un signe algique (myalgie + arthralgie + lombaire + douleur rétro orbitaire) ET au moins un des critères suivants : Confirmation biologique par PCR, test NS1 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 DENGUE
--	--	---

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 <input 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 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 Notion d'antécédent de dengue Oui Non Si oui, année lieu : type :

Fièvre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de début des signes <input type="text"/>
Début brutal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Cas sévère :
Nausée / vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	- Fuite plasmatique entraînant
Eruption cutanée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Etat de choc <input type="checkbox"/>
Courbatures / Myalgies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Accumulation liquidienne avec détresse respiratoire <input type="checkbox"/>
Douleurs rétro-orbitaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	- Saignements sévères selon l'évaluation du clinicien <input type="checkbox"/>
Saignement au niveau des muqueuses	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	- Atteintes organiques sévères
Léthargie / anxiété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Détérioration de l'état de conscience <input type="checkbox"/>
Epanchement pleural	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Cœur et autres organes <input type="checkbox"/>
Ascite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	ASAT ou ALAT > 1000 <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		

Hospitalisation Oui Non Si oui, lieu : date d'admission
 Evolution : Guérison Oui Non Ne sait pas date de sortie :
 Décès Oui Non Ne sait pas Si oui, date du décès

Confirmation biologique

1 ^{er} prélèvement	Date <input type="text"/>	Soit J <input type="text"/>	2 ^{ème} prélèvement	Date <input type="text"/>	Soit J <input type="text"/>
Résultats		Résultats			
PCR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
Antigène NS1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
IgM Dengue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	
Transaminases :		Plaquettes :		Hématocrites :	
Sérotype viral	<input type="checkbox"/> Type 1	<input type="checkbox"/> Type 2	<input type="checkbox"/> Type 3	<input type="checkbox"/> Type 4	<input type="checkbox"/> Non Typé

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