Critères de notification	
Tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie	**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

FIEVRE JAUNE

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Confirmation biologique Date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Identification par :

Isolement	❑ Oui	❑ Non
Immunofluorescence	❑ Oui	❑ Non
Sérologie	❑ Oui	❑ Non
PCR	❑ Oui	❑ Non
Histopathologie	❑ Oui	❑ Non

Autre, préciser : .....

Contexte épidémiologique

❑ cas isolé ❑ autres cas dans l'entourage Si oui, combien ☐☐ ❑ contexte épidémique, préciser : .....

Attribuer un numéro d'ordre à chaque malade, préciser son année de naissance et la chronologie de survenue de symptômes (avant ou après ce cas)

Année de naissance	Survenue des symptômes		
1. ☐☐☐☐	❑ Avant	❑ Après	❑ Ne sait pas
2. ☐☐☐☐	❑ Avant	❑ Après	❑ Ne sait pas
3. ☐☐☐☐	❑ Avant	❑ Après	❑ Ne sait pas

- Séjour dans les 6 jours avant la date de début des signes :
  - à l'étranger : ❑ Oui, préciser : ..... Date de retour en Pf ☐☐☐☐☐☐☐☐ ❑ Non ❑ Ne sait pas
  - en forêt ❑ Oui ❑ Non Lieu suspecté de contamination : .....

  Type d'exposition : .....
- 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

Prophylaxie

Le malade avait-il été vacciné contre la fièvre jaune ❑ Oui ❑ Non Si oui, date de dernière vaccination ☐☐☐☐☐☐☐☐