Critères de notification	
Tableau clinique évocateur de fièvres typhoïdes ou paratyphoïdes associé à un isolement de Salmonella Typhi, Paratyphi A, Paratyphi C, quel que soit le site de l'isolement. Ne pas notifier les sérologies positives à Salmonella Typhi et Paratyphi ni les infections à d'autres sérotypes de Salmonella (Typhimurium, Enteritidis…) quel que soit le site d'isolement.	**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 TYPHOÏDE OU PARATYPHOÏDE

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 : ☐☐☐☐☐☐

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 : F ❑ M ❑ Age ☐☐ans ou ☐☐mois Commune de résidence : ..... Ile / Pays .....

Caractéristique de la maladie

Fièvre : Oui ❑ Non ❑ Inconnu ❑ Date des premiers signes cliniques ☐☐☐☐☐☐☐☐

Hospitalisation : Oui ❑ Non ❑ Inconnu ❑ Si oui, date de l'hospitalisation ☐☐☐☐☐☐☐☐ Durée d'hospitalisation : ☐☐ jours

Evolution : Encore malade ❑ Guérison ❑ Décès ❑ Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Antécédents vaccinaux : Le patient a-t-il été vacciné contre la fièvre typhoïde ? : Oui ❑ Non ❑ Inconnu ❑

Si oui, nom du vaccin : ..... Date de la dernière injection : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation microbiologique

Date du 1er prélèvement positif : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) : Sang ❑
Selles ❑
Autres ❑ Préciser : .....

Isolement de : Salmonella Typhi ❑
Salmonella Paratyphi A ❑
Salmonella Paratyphi B ❑
Salmonella Paratyphi C ❑

Origine de la contamination

Le patient a-t-il séjourné dans un pays étranger au cours du mois précédant le début des symptômes ? Oui ❑ Non ❑ Inconnu ❑

Si oui, quel pays ? ..... Date de retour en Polynésie française : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Origine supposée de la contamination ? .....

Y a-t-il d'autres cas (confirmés par isolement ou cliniquement suspectés) dans l'entourage ?
Oui ❑ (remplir une fiche de notification pour chaque cas confirmé) Non ❑ Inconnu ❑

Age (ans)	Date du diagnostic	Séjour étranger dans le mois précédant les symptômes	Pays du séjour	Lien avec le cas
☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐	Oui ❑ Non ❑	.....	.....
☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐	Oui ❑ Non ❑	.....	.....
☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐	Oui ❑ Non ❑	.....	.....
☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐	Oui ❑ Non ❑	.....	.....