

Critères de notification
<p>Tableau clinique évocateur de fièvre jaune chez une personne en provenance d'une zone d'endémie</p>
<p>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.</p>

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé



Maladie à déclaration obligatoire

FIEVRES HEMORRAGIQUES VIRALES

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 <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 pérfocale.

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

Identification par : Date

Isolement Oui Non Type de virus :

Sérologie Oui Non

PCR 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 et préciser son année de naissance et la chronologie de survenue de symptômes (avant ou après ce cas) :

Année de naissance

1.

2.

3.

Survenue des symptômes

Avant Après Ne sait pas

Avant Après Ne sait pas

Avant Après Ne sait pas

• Séjour dans les 3 semaines 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

Mesures de contrôle

Isolement du malade Oui Non Si oui, date

Information du personnel médical et paramédical Oui Non