Critères de notification
Maladie clinique avec confirmation histopathologique (infiltrats granulomateux chroniques dans les nerfs périphériques ou empiétant sur ceux-ci) dans une pièce de biopsie et pour les formes multibacillaires : mise en évidence dans les formes lépromateuses ou interpolaires de bacilles acido-alcoolo-résistants au niveau des muqueuses et/ou des lobes des oreilles

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

LEPRE

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 : ..... Tel : .....

Commune de résidence : ..... Ile / Pays : .....

Date de notification _____ Code d'anonymat ____ ____ ____ ____ *(à remplir par la DS)*

Antécédents (plusieurs réponses possibles)

Jamais traité pour la lèpre : ❑ Oui ❑ Non

Déjà traité : ❑ Oui ❑ Non

Traitement achevé : ❑ Oui ❑ Non

Traitement interrompu avant la fin : ❑ Oui ❑ Non

Patient arrivé en PF en cours de traitement : ❑ Oui ❑ Non

Résistance : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, préciser : .....

Autre cas, préciser : .....

Circonstances du diagnostic

Signes cliniques ayant poussé le patient à consulter : ❑ Oui ❑ Non

Enquête autour d'un cas : ❑ Oui ❑ Non

Autre cas : ❑ Oui ❑ Non Si oui, préciser : .....

Forme de lèpre

Lépromateuse (MB) : ❑ Oui Tuberculoïde (PB) : ❑ Oui

Borderline : ❑ Oui Indéterminée : ❑ Oui

Autre cas : ❑ Oui Si oui, préciser : .....

Bactériologie

Frottis	Indice bactériologique (1 à 5 croix)	Indice morphologique
Muqueuses nasales	☐☐☐☐☐	% ☐☐☐
Oreille droite	☐☐☐☐☐	% ☐☐☐
Oreille gauche	☐☐☐☐☐	% ☐☐☐

Antibiogramme

❑ Non fait

❑ Fait Résistance à : .....

Histologie

Tissu : .....

Résultats : ❑ Positif ❑ En faveur ❑ Négatif