Critères de notification	
Isolement de *Listeria monocytogenes*	**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

LISTERIOSE

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐

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 .....

Evolution de la listériose au jour de la notification (sauf mort in utero, Cf. infra)

(En cas de forme maternonéonatale, l'évolution concerne le nouveau-né)

Décès : ❑ Oui ❑ Non Si oui, date ☐☐☐☐☐☐☐☐ Si non, évolution : ❑ favorable ❑ incertaine

Forme clinique

❑ Non maternonéonatale (adulte (sauf femme enceinte) et enfant ≥ 1 mois)

- ❑ Forme neuroméningée
  (présence de signes neurologiques ou isolement dans le LCR)
  - ❑ Méningoencéphalite (coma, convulsions ou signes neurologiques en foyer)
  - ❑ Méningite isolée
  - ❑ Rhomboencéphalite
  - ❑ Abcès cérébral
- ❑ Bactériémie/septicémie
  (hémoculture positive et absence de signes neurologiques)
- ❑ Autres, préciser
  (pas de signes neuro, et isolement dans un prélèvement autre qu'hémoculture ou LCR)
  .....

❑ Maternonéonatale (femme enceinte et nouveau-né < 1 mois)
Terme de la grossesse : ☐☐ (en semaine d'aménorrhée)

❑ Nouveau-né vivant
Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐
Sexe : ❑ M ❑ F
Signes d'infection chez le nouveau-né : ❑ Oui ❑ Non

❑ Mort *in utero* (avortement ou mort né)
Date de l'expulsion : ☐☐☐☐☐☐☐☐

❑ Forme maternelle isolée (sans atteinte fœtale ou néonatale immédiate)

Bactériologie

Date du premier prélèvement positif à Listeria monocytogènes : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Site(s) de prélèvement(s) positif(s) :

Forme non maternonéonatale : ❑ hémoculture ❑ LCR ❑ autres, préciser : .....

Forme maternonéonatale :

Mère	❑ hémoculture	❑ placenta	❑ autres, préciser : .....
Nouveau-né	❑ hémoculture	❑ LCR	❑ autres, préciser : .....
Produit d'avortement ou mort-né		❑	

Contexte

Pathologie(s) sous-jacente(s) : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Si oui, préciser : .....

Si cancer ou hémopathie stade : ❑ évolutif ❑ rémission Diagnostic < 5 ans : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Traitement réducteur de l'acidité gastrique : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Si oui, préciser : ❑inhibiteur de la pompe à proton IPP ❑ anti H2 ❑ antiacide, pansement gastrique

Traitement(s) immunodépresseur(s) : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Si oui, préciser : ❑ chimiothérapie ❑ anti-TNF ❑ antirejet ❑ corticoïdes ❑ autre immunodépresseur, préciser :.....

Au moment du diagnostic de listériose, le patient était-il hospitalisé pour une autre pathologie : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Si oui, préciser la date d'hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐