Critères de notification	
Présence de *Plasmodium* au frottis ou à la goutte épaisse.	**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

PALUDISME

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 .....

Clinique Date des premiers signes : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Hospitalisation : ❑ oui ❑ non Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ lieu : .....

Accès palustre simple : ❑ oui ❑ non

Evolution : ❑ encore malade ❑ guérison ❑ décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation diagnostique Date du diagnostic : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Examen : ❑ goutte épaisse ❑ frottis ❑ test rapide

Espèce plasmodiale : ❑ *P. falciparum* ❑ *P. vivax* ❑ *P. malariae* ❑ *P. ovale* ❑ Espèce indéterminée, précisez : .....

S'il s'agit d'une autre espèce que *P. falciparum*, est-ce le premier accès du patient à cette espèce : ❑ oui ❑ non

La souche a-t-elle été envoyée au CNR de la chimiorésistance du paludisme : ❑ oui ❑ non

Le cas a-t-il été signalé au CNR de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone : ❑ oui ❑ non

Origine possible de la contamination

❑ Autochtone (absence de séjour à l'étranger dans les 12 mois précédent le début des signes)

Transfusion sanguine : ❑ oui ❑ non Si oui, préciser hôpital : ..... date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Greffe : ❑ oui ❑ non Si oui, préciser hôpital : ..... date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

type de greffe : .....

Accident d'exposition au sang : ❑ oui ❑ non

Congénital : ❑ oui ❑ non

Toxicomanie intraveineuse : ❑ oui ❑ non

Zone aéroportuaire :

Résidence sur une zone aéroportuaire (hôtel...) ❑ oui ❑ non Si oui, laquelle : .....

Résidence sur une commune limitrophe d'un aéroport ❑ oui ❑ non Si oui, laquelle : .....

Travail sur un aéroport : ❑ oui ❑ non Si oui, lieu de travail : .....

type d'activité : .....

Fréquentation d'un aéroport : ❑ oui ❑ non Si oui, lieu : .....

Réception de paquet, valise, container en provenance d'une zone d'endémie : ❑ oui ❑ non

Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Pays de provenance : .....

❑ Importation (séjour en zone d'endémie palustre hors de la Polynésie française)

Si importation, pour chaque séjour indiquer :

Pays	Durée du séjour	Date de retour en Polynésie française
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐