Critères de notification	
Tableau clinique évocateur de peste quelle que soit la forme clinique confirmé par le Centre national de référence de la peste et autres yersinioses (confirmation nécessaire pour la déclaration internationale)	**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

PESTE

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 : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Signes cliniques : ❑ Lymphadénite ❑ Pneumonie ❑ Septicémie

Hospitalisation : ❑ Oui ❑ Non Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ lieu : .....

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

Confirmation biologique : Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Isolement ❑ Oui ❑ Non Type de prélèvement : .....

Sérologie ❑ Oui ❑ Non

PCR ❑ Oui ❑ Non

Confirmation par le CNR : ❑ Oui ❑ Non Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Origine de la contamination :

Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes) : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, préciser pays : ..... localité : .....

date du retour en Polynésie française : ☐☐☐☐☐☐☐☐ moyen de transport : .....

Autres malades dans l'entourage : ❑ Oui ❑ Non Si oui, nombre : ☐☐☐

Préciser l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et <u>remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé</u> en indiquant le numéro d'ordre :

1 ☐☐☐☐☐☐☐☐

2 ☐☐☐☐☐☐☐☐

3 ☐☐☐☐☐☐☐☐

Prophylaxie :

Isolement du malade : ❑ Oui ❑ Non

Autres malades dans l'entourage : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, nombre de personnes traitées : ☐☐☐ Antibiotique utilisé : .....

Chimiothérapie des contacts : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, nombre de personnes traitées : ☐☐☐ Antibiotique utilisé : .....