

Critères de notification
Au moins l'un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- poliomyélite aiguë quelle que soit la forme clinique ou</li> <li>- isolement d'un poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale.</li> </ul>

**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  
**POLIOMYELITE**

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	Nom du clinicien:
Etablissement/service :	Etablissement/service :
Adresse :	Adresse :
Tel/Fax :	Tel/Fax :
Signature :	

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

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 : .....

### Signes cliniques

Date des premiers signes cliniques :

forme méningée simple

forme paralytique Si forme paralytique, atteinte respiratoire :  Oui  Non

autres symptômes, préciser : .....

isolement d'un poliovirus sans signe clinique

### Evolution

guérison  séquelles Si oui, préciser : .....

décès Si oui, date :

### Confirmation du diagnostic

Nature des prélèvements : ..... Date :

Identification du virus : Culture cellulaire :  Oui  Non PCR :  Oui  Non

Différenciation du virus : Type : .....

Séroconversion :  Oui  Non Si oui, préciser le type : .....

Nom du laboratoire : .....

### Antécédents vaccinaux

Le sujet avait-il dans le passé reçu une vaccination complète (≥ 3 doses) contre la poliomyélite :  Oui  Non  inconnu

Si oui, date de la dernière dose :

Type de vaccin utilisé lors de l'administration de la dernière dose :  oral  injectable  ne sait pas

### Notion de contagage connu

Séjour en pays d'endémie dans le mois précédant les premiers signes :  Oui  Non

Si oui, pays visité : .....

Contact avec un sujet ayant reçu un vaccin poliomyélitique oral dans les 2 mois précédant les signes cliniques :  Oui  Non  inconnu

Autre, préciser : .....