


<b>Critères de notification</b>  Tableau clinique évocateur et cas confirmé. Les personnes recevant une vaccination antirabique après exposition ne doivent pas être notifiées.	<b>Important :</b> Cette maladie doit faire l'objet d'un <b>signalement immédiat</b> 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 <b>RAGE</b>
--	--	---

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b> Nom : _____ Etablissement/service : _____ Adresse : _____ Tel/Fax : _____ Signature : _____	<b>Si notification par un biologiste</b> Nom du clinicien: _____ Etablissement/service : _____ Adresse : _____ Tel/Fax : _____	<b>Médecin de la Direction de la santé</b> 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 :  M  F Age : \_\_\_\_\_ ans ou \_\_\_\_\_ mois Commune de résidence : ..... Ile / Pays .....

**Clinique**  
 Date de début des signes \_\_\_\_\_

**Hospitalisation**  Oui  Non Si oui, date d'admission \_\_\_\_\_ date de sortie \_\_\_\_\_

Evolution : Encore malade  Oui  Non  Ne sait pas Lieu : .....

Décès  Oui  Non  Ne sait pas Si oui, date du décès \_\_\_\_\_

**Confirmation biologique par le CNR**  Oui  Non Résultats

Date du prélèvement \_\_\_\_\_ soit J \_\_\_\_\_  Positif  Négatif

Génotype: I\_\_ Origine géographique présumée : .....

**Origine de la contamination**

Nature de l'exposition :	Morsure <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Simple manipulation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Griffure <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Grefe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Léchage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si greffe, préciser l'organe greffé : .....
	Soins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Si oui, préciser : .....

Date de l'exposition \_\_\_\_\_

Lieu de l'exposition : Pays : ..... Localité : .....

Animal suspecté : ..... L'animal a-t-il été retrouvé  Oui  Non

Si oui, le diagnostic de rage a-t-il été confirmé  Oui  Non

Si oui, par quel laboratoire  Institut Pasteur de Paris

Autre, préciser : .....

**Prophylaxie**

Le patient avait-il été vacciné ?  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, année de vaccination \_\_\_\_\_ Nombre de doses vaccinales reçues lors de la primovaccination \_\_\_\_\_

Le patient a-t-il reçu avant le début des signes :

Une sérothérapie  Oui  Non Si oui, date \_\_\_\_\_ Nombre de doses \_\_\_\_\_

Une vaccination post-exposition  Oui  Non Si oui, date de la 1<sup>ère</sup> injection \_\_\_\_\_ Nombre de doses \_\_\_\_\_