

Critères de notification Tableau clinique évocateur et cas confirmé. Les personnes recevant une vaccination antirabique après exposition ne doivent pas être notifiées.	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 RAGE
--	--	---

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : _____ Etablissement/service : _____ Adresse : _____ Tel/Fax : _____ Signature : _____	Si notification par un biologiste 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 : 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 Griffure <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Léchage <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Soins <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Simple manipulation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Greffe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si greffe, préciser l'organe greffé : 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^{ère} injection _____ Nombre de doses _____