

Critères de notification

Uniquement les tétanos généralisés

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

TETANOS**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

Date d'hospitalisation [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date de sortie [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Evolution Guérison
 Séquelles, lesquelles :
 Décès, date [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []**Origine possible de contamination** Connue InconnueMode de contamination probable :
 Blessure ou plaie
 Plaie chronique
 Autre, préciser :Contact direct ou indirect avec des débris de terre (voie publique, jardin, morsure, griffures...) Oui Non

Circonstances de contamination :

Date supposée de contamination [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Antécédents vaccinauxLe patient a-t-il reçu dans le passé une vaccination antitétanique complète avant sa maladie (≥ 3 doses) ? Oui Non Ne sait pas

Si oui, date de la dernière dose [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []