Critères de notification	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.
Tableau clinique évocateur associé à : ❑ **Cas confirmé** : 1) Isolement de *F. tularensis* à partir de prélèvements cliniques ; ou 2) Multiplication par 4 au moins du titre d'anticorps ou séroconversion entre un sérum prélevé en phase aiguë et un sérum prélevé 15 jours plus tard ou en phase de convalescence ; ou 3) PCR positive a partir d'un prélèvement clinique ❑ **Cas probable :** Mise en évidence d'anticorps spécifiques dans un seul sérum avec un titre supérieur ou égal au seuil du laboratoire ❑ **Cas possible :** exposition commune à celle d'un cas confirmé	

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

TULAREMIE

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 : ❑ M ❑ F Age : ☐☐ ans ou ☐☐ mois Commune de résidence : ..... Ile / Pays .....

Signes cliniques Date des premiers signes cliniques ☐☐☐☐☐☐☐☐

❑ Fièvre ❑ Pharyngite ❑ Pneumonie ❑ Conjonctivite

❑ Adénopathie(s) (≥ 1 cm), préciser la localisation : .....

❑ Ulcère cutané, préciser la localisation : .....

❑ Autres, préciser : .....

Hospitalisation : ❑ Oui ❑ Non Si oui, date d'hospitalisation ☐☐☐☐☐☐☐☐ Lieu d'hospitalisation : .....

Evolution : ❑ Guérison ❑ Encore malade ❑ Complication, préciser : ..... ❑ Décès, préciser la date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation biologique

Isolement de *F. tularensis* ❑ Oui ❑ Non ❑ Non effectué

Site du prélèvement : ..... Date du prélèvement positif ☐☐☐☐☐☐☐☐

La souche a-t-elle été envoyée au CNR ❑ Oui ❑ Non

PCR : Site de prélèvement : ..... Date de prélèvement ☐☐☐☐☐☐☐☐

Résultats PCR : .....

Sérologie

1er prélèvement Date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Méthode 1 : ..... Titre : .....

Méthode 2 : ..... Titre : .....

2ème prélèvement Date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Méthode 1 : ..... Titre : .....

Méthode 2 : ..... Titre : .....

Exposition à risque (dans les 4 semaines précédant les premiers signes cliniques)

Profession (profession des parents si enfant) : .....

Contact direct avec des animaux (vivants ou morts) ou des produits animaux (manipulation, préparation, ingestion)

- lièvres ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- rongeurs ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser l'espèce : .....
- autres animaux ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser l'espèce : .....

Pour les animaux, préciser les circonstances du contact (chasse, animal de compagnie personnel, dépeçage, préparation culinaire, etc.) :

.....

Contact direct avec l'eau d'un cours d'eau (ruisseau, rivière, lac…), d'un réservoir ou d'un puits ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Contact avec la terre (jardinage, tonte de gazon, remblayage) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Piqûre de tique ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Piqûre de moustiques ou de taons ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Loisirs de plein air (promenade, trek, VTT, jardinage…) ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Voyage à l'étranger dans le mois précédent le début des signes ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, pays : .....