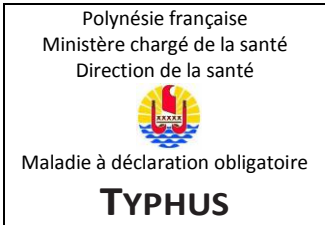


Critères de notification
<p>Tableau clinique évocateur d'un typhus exanthématique avec confirmation biologique par le Centre national de référence des Rickettsia, Coxellia et Bartonella</p>

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.



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 :

Le patient est-il ou a-t-il été hospitalisé : oui non

Date de l'hospitalisation :

Lieu de l'hospitalisation :

Evolution : encore malade guérison décès Si décès, date :

Biologie

Sérologie : oui non Si oui, date : Laboratoire :

Confirmation du CNR : sérologie : oui non Date :

 Isolement : oui non Date :

 PCR : oui non Date :

Origine possible de la contamination

Séjour à l'étranger (dans les 2 semaines précédant le début des signes) : oui non

Si oui, préciser le pays : La localité :

Conditions de séjour précaires : oui non

Date de retour en Polynésie française :

Si non, conditions d'hébergement en Polynésie française :

Autres malades dans l'entourage : oui non Si oui, préciser le nombre :

Préciser l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre :

1

2

3

4

Prophylaxie

Désinfection de l'environnement du cas : oui non inconnu

Surveillance des cas contacts (*) : oui non inconnu

Désinfection de l'environnement des cas contacts (*) : oui non inconnu

(*) A remplir par le déclarant et, si besoin, à compléter par le médecin de santé publique de la Direction de la santé