Critères de notification	
Confirmation biologique par RT-PCR (sang, urine ou autres prélèvements : liquide cérébro-spinal, liquide amniotique, produits d'avortement…) OU sérologie positive anti-Zika OU séroconversion OU multiplication par 4 du titre des IgG spécifiques.	**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

ZIKA

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐

La mention d'une adresse précise et du numéro de téléphone est indispensable pour l'initiation rapide de la lutte périfocale.

Adresse géographique précise : ……

…… 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

Présence de signes cliniques ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Date de début des signes ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvre ≥ 38,5°C	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Eruption cutanée	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Hyperhémie conjonctivale	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Arthralgies	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Myalgies	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Céphalées	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Douleurs rétro-orbitaires	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Œdème des extrémités	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas

Autre, préciser : ……

Forme compliquée : ❑ Oui ❑ Non Si oui, préciser :

- ❑ Syndrome de Guillain Barré
- ❑ Paralysie flasque aiguë
- ❑ Méningite
- ❑ Encéphalite
- ❑ Autre, préciser : ……

Hospitalisation ❑ Oui ❑ Non

Si oui, date d'admission ☐☐☐☐☐☐☐☐ date de sortie ☐☐☐☐☐☐☐☐ lieu : ……

Evolution : Guérison ❑ Décès ❑ Ne sait pas Si décès, date ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation biologique		Dates	Résultats			
RT-PCR	sang	☐☐☐☐☐☐☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait	
	urine	☐☐☐☐☐☐☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait	
	autre, préciser : ……	☐☐☐☐☐☐☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait	
IgM	sang	☐☐☐☐☐☐☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait	
IgG	sang	☐☐☐☐☐☐☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Séroconversion ❑ Multiplication par 4	❑ Non fait

Contexte épidémiologique

❑ Cas isolé ❑ Autres cas dans l'entourage Si oui, combien ☐☐ ❑ Contexte épidémique, préciser : ……

- Séjour dans les 15 jours avant la date de début des signes :
  - à l'étranger : ❑ Oui, préciser : …… date de retour en Pf ☐☐☐☐☐☐☐☐ ❑ Non ❑ Ne sait pas
  - en Pf hors zone de résidence principale : ❑ Oui, préciser : …… date de retour ☐☐☐☐☐☐☐☐ ❑ Non ❑ Ne sait pas
- Déplacement dans les 7 jours après la date de début des signes (période virémique) :
  en Pf hors zone de résidence principale : ❑ Oui, préciser : …… date de retour ☐☐☐☐☐☐☐☐ ❑ Non ❑ Ne sait pas