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.
Cas confirmé de syphilis primaire, secondaire, tertiaire, latente précoce ou congéniale selon les définitions établies	

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

SYPHILIS

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M ❑ F ❑ DDN |_|_|_|_|_|_|_| Numéro DN |_|_|_|_|_|_|_|

Adresse géographique :..... Commune de résidence : ..... Tel : .....

Date de notification |_|_|_|_|_|_|_| Code d'anonymat |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *(à remplir par le déclarant)*

Date de notification |_|_|_|_|_|_|_| Code d'anonymat |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *(à remplir par le déclarant)*

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**Médecin de la Direction de la santé**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :	Date d'enregistrement |_|_|_|_|_|_|_| Nom, tampon et signature :

Sexe : ❑ M ❑ F Age :|_|_| ans ou |_|_| mois Commune de résidence : ..... Ile / Pays .....

Grossesse : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Présence de signe(s) clinique(s) : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Si oui, préciser : ❑ ulcération de type chancre syphilitique Site : .....
❑ éruption cutanéomuqueuse de type syphilis secondaire
❑ autre(s) signe(s) clinique(s) : .....

Sérologies : **Date du diagnostic biologique :** |_|_|_|_|_|_|_|

Test tréponémique TPHA : ❑ positif ❑ négatif ❑ non fait Si positif, titrage : .....
Test tréponémique EIA : ❑ positif ❑ négatif ❑ non fait
VDRL : ❑ positif ❑ négatif ❑ non fait Si positif, titrage : .....

Diagnostic final de syphilis selon le stade (Cf. définitions ci-dessous)
❑ syphilis primaire
❑ syphilis secondaire ou tertiaire
❑ syphilis latente précoce
❑ syphilis congénitale, date des premiers signes : |_|_|_|_|_|_|_|
❑ inconnu

Stade	clinique		VDRL + test tréponémique +		VDRL + test tréponémique -		VDRL - test tréponémique +
Primaire	▪ chancre	**ET/OU**	+	**OU**	+	**OU**	+
Secondaire	▪ lésions cutanéomuqueuses ▪ Adénopathies ▪ ± chancre	**ET/OU**	+				
Latente précoce	▪ absence de signes cliniques **ET** ▪ contage < 12 mois **OU** ▪ antécédent syphilis clinique primaire ou secondaire < 12 mois **OU** ▪ partenaire syphilis + < 12 mois	**ET**	+	**OU**	▪ séroconversion < 12 mois **OU** ▪ titre VDRL multiplié par au moins 4		
Congénitale	▪ nourrisson, enfant ▪ signes cliniques, biochimiques ou radiographiques évocateurs ▪ mère traitée inadéquatement	**ET**	+ sur sang veineux	**OU**	+		

Co-infections : Une autre IST a-t-elle été diagnostiquée lors de la consultation ? ❑ oui ❑ non

Si oui, laquelle ? ❑ gonococcie ❑ chlamydiose ❑ LGV ❑ condylome, infection à HPV ❑ autre(s), préciser : .....

Infection à VIH : ❑ positif connu ❑ séropositivité découverte suite à la consultation ❑ négatif ❑ inconnu

Hépatite B : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Antécédents d'IST : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

	< 1 an	≥ 1 an		< 1 an	≥ 1 an
Syphilis	❑	❑	LGV	❑	❑
Gonococcie	❑	❑	Herpès génital	❑	❑
Chlamydiose	❑	❑	HPV, condylome	❑	❑

Facteurs de risque, nombre de partenaires :

Homo/bisexuel : ❑ oui ❑ non
Partenaire(s) : ❑ unique ❑ multiple, combien |_|_|
Utilisation du préservatif : ❑ systématique ❑ occasionnel ❑ jamais
Pour les enfants : mère avec diagnostic positif : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Traitement du patient : ❑ oui ❑ non Si oui, le(s)quel(s) : .....
Date de début : |_|_|_|_|_|_|_|_|
Traitement du (des) partenaire(s) : ❑ oui, tous ❑ oui, certains ❑ non ❑ ne sait pas