Critères de notification	
Manifestation aiguës et/ou Manifestation chroniques et /ou Diagnostic biologique de confirmation	de filariose lymphatique

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

FILARIOSE LYMPHATIQUE

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 DD ☐☐☐☐☐☐☐☐ Numéro DN ☐☐☐☐☐☐☐☐

La mention d'une adresse précise et du numéro de téléphone est indispensable pour 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 **Manifestations aigües** **Manifestations chroniques**

Date de début des signes ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvre ≥ 38,5°C	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	❑ Chylurie
Accident génital	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	❑ Hydrocèle
Poumon éosinophile	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	❑ Lymphoedème / éléphantiasis
Adénite	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	❑ Autre, préciser : .....
Lymphangite des membres	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	❑ Aucune

Si oui localisation : .....

Autre ❑ Si oui préciser : .....

Hospitalisation ❑ Oui ❑ Non Motif: .....

Si oui, date d'admission ☐☐☐☐☐☐☐☐ date de sortie ☐☐☐☐☐☐☐☐

Evolution avec séquelles ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui , type des séquelles : .....

Diagnostic biologique	Date(s) de prélèvement	**Résultats**		
Eosinophilie (orientation)	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐ G/L ☐☐☐ %		
Antigénémie (confirmation)	☐☐☐☐☐☐☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait
Microfilarémie (confirmation)	☐☐☐☐☐☐☐☐	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait

Contexte épidémiologique

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

Séjour en Afrique au cours des 10 dernières années ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui, dans quel pays : ..... Date de retour en Polynésie française ☐☐☐☐☐☐☐☐

Prise de chimioprophylaxie annuelle (DEC /Albendazole) : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Date de la dernière chimioprophylaxie annuelle ☐☐☐☐☐☐☐☐