Critères de notification		Polynésie française Ministère chargé de la santé Direction de la santé
Confirmation biologique par PCR OU sérologie positive	**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.	Maladie à déclaration obligatoire **AUTRES ARBOVIROSES** (*que la dengue, la fièvre jaune, le chikungunya, les fièvres hémorragiques virales, le zika*)

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 :

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

Date de début des signes

Fièvre ≥ 38,5°C	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Douleurs articulaires	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Eruption cutanée	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas
Arthralgies	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas

Autre, préciser : ……………………………………………………………………

Signes de gravité

- Fuite plasmatique entraînant
  - état de choc ❑
  - accumulation liquidienne avec détresse respiratoire ❑
- Saignements sévères selon l'évaluation du clinicien ❑
- Atteintes organiques sévères
  - détérioration de l'état de conscience ❑
  - cœur et autres organes ❑
  - ASAT ou ALAT > 1000 ❑

Hospitalisation ❑ Oui ❑ Non Si oui, date d'admission date de sortie

Evolution :					
	Guérison	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Lieu : …………………………………………
	Décès	❑ Oui	❑ Non	❑ Ne sait pas	Si oui, date du décès

Confirmation biologique		Date(s)	Soit J	Nature (sang, LCR, autres)	Résultats		
PCR	1er prélèvement			………………………………………	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait
	2e prélèvement			………………………………………	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait
IgM	1er prélèvement			………………………………………	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait
	2e prélèvement			………………………………………	❑ Positif	❑ Négatif	❑ Non fait

Plaquettes ❑ ≤ 50 000/mm^3 ❑ 50 000 à 100 000/mm^3 ❑ > 100 000/mm^3

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

Médecin désigné de la Direction de la sante : Bureau de veille sanitaire, BP 611, 98 713 Papeete - Tel : 40 48 82 01 / 87 70 65 02 - Fax : 40 48 82 12 - Email : veille@sante.gov.pf