

Critères de notification
Tableau clinique évocateur de choléra avec identification d'un vibron cholérique (confirmation par le Centre national de référence des vibrions nécessaires pour la déclaration internationale).

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

CHOLERA

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 cliniques :

Hospitalisation : Oui Non
Si oui, date d'hospitalisation : Lieu d'hospitalisation :

Evolution : Encore malade Guérison Décès Si décès, date :

Bactériologie

Identification du vibron : Coproculture autre Précisez :
Date : Laboratoire (Nom) :

Confirmation du CNR : Oui Non Date :

Sérogroupe : Sérotype :

Origine possible de la contamination

Séjour à l'étranger (dans les 5 jours précédents le début des signes) Oui Non
Si oui, précisez le lieu : Pays : Localité : Date de retour en Pf :

Consommation d'eau non embouteillée : Oui Non

Consommation de fruits ou légumes crue non pelés : Oui Non
Si non, consommation de produits frais venant de pays d'endémies : Oui Non
Si oui, type de produit : Origine géographique :

Autres malades dans l'entourage : Oui Non Si oui, nombre

Précisez 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 / Année de naissance : 4 / Année de naissance :

2 / Année de naissance : 5 / Année de naissance :

3 / Année de naissance : 6 / Année de naissance :

Prophylaxie

Isolement malade : Oui Non Si oui, date :

Recherche de vibron dans l'entourage : Oui Non

Chimio prophylaxie de l'entourage : Oui Non
Si oui, précisez le nombre de personnes traitées : Antibiotique utilisé :