


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.	Polynésie française Ministère chargé de la santé Direction de la santé  Maladie à déclaration obligatoire COQUELUCHE
Tableau clinique évocateur de coqueluche et confirmation par PCR		

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 <input style="width: 100px;" 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 :

Description du cas

Date de début de la phase catarrhale :

Date de début des épisodes de toux paroxystique :

Autres signes cliniques : Oui Non Si oui, précisez :

Complications : Oui Non

Décès : Oui Non

Hospitalisation: Oui Non Date : du au

Lieu :

Traitement antibiotique : Oui Non Date : du au

Si oui, lequel :

Diagnostic biologique

par PCR : Positif Négatif Date :

Contexte épidémiologique

Fréquentation d'une collectivité : Oui Non Précisez :

Sujets contacts autres Enfants < 2 ans : Nombre :

Adultes : Nombre :

Vaccination (historique)

Date : Vaccin : Lot :

Date : Vaccin : Lot :

Date : Vaccin : Lot :

Date : Vaccin : Lot :