Critères de notification	
Tout patient présentant des signes cliniques d'infection respiratoire avec fièvre **ET** ayant voyagé en Chine, ou ayant été en contact étroit avec un cas confirmé de 2019-nCoV, **dans les 14 jours précédant la date de début des signes** **ET** Confirmation virologique	**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
Pathologie infectieuse autre ayant fait l'objet d'une alerte locale, nationale, régionale ou internationale

INFECTION A SARS-COV-2 OU COVID-2019

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'investigation et la prévention

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 : .....

Clinique :

Date de début des signes : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvre ≥ 38°C : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Dyspnée : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Toux : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Auscultation pulmonaire anormale : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Autres signes respiratoires, préciser : .....

Contexte épidémiologique :

- Séjour dans les 14 jours avant la date de début des signes :

- en Chine : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
- dans un autre pays : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser : .....

Date de retour en Pf : ☐☐☐☐☐☐☐☐

- Contact rapproché avec un cas confirmé de Covid-19 : ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas
  Si oui, préciser la date du dernier contact: .....
- ❑ Cas isolé ❑ Autres cas dans l'entourage ❑ Si oui, combien : ☐☐

Confirmation biologique : Date de prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Soit J : ☐☐

Nature du prélèvement ❑ Ecouvillonnage nasopharyngé ❑ LBA ❑ autres, préciser : .....

Résultat RT-PCR SARS-CoV-2 ❑ Positif ❑ Négatif ❑ Ne sait pas

Autre(s) recherche(s) étiologique(s), préciser : ..... Résultat(s) : .....

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

Evolution : Guérison ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Décès ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, date du décès : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Maladie à déclaration obligatoire (Loi du pays N° 2019.8 du 01/04/2019 et Arrêté CM N° 00584 du 18/04/2019)
Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique déclaré à la CNIL - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant.
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