

**Médecin ou biologiste déclarant (tampon)**

Nom : _____
 Établissement / service : _____
 Adresse : _____
 Tél/Fax : _____
 Signature : _____

Si notification par un biologiste

Nom : _____
 Établissement / service : _____
 Adresse : _____
 Tél/Fax : _____
 Signature : _____



DASS
 Direction des Affaires
 Sanitaires et Sociales

Autres arboviroses

(que la dengue, la fièvre jaune, le chikungunya,
 les fièvres hémorragiques virales africaines)

IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____
 Adresse : _____ Téléphone : _____ Commune domicile : _____
 Code d'anonymat : _____ Date de notification : _____

Confirmation biologique :

Sérologie		Date(s)	Faites		Résultat(s)		Non faites
			Nature du prélèvement (sang, LCR, autre)		Positif	Négatif	
IgM	1 ^{er} prélèvement	_____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 ^{ème} prélèvement	_____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR	1 ^{er} prélèvement	_____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 ^{ème} prélèvement	_____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isolement	1 ^{er} prélèvement	_____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 ^{ème} prélèvement	_____	_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinique :

Date du début des signes : _____
 Fièvre > 38,5° Oui Non Ne sait pas
 Douleurs articulaires Oui Non Ne sait pas
 Eruption cutanée Oui Non Ne sait pas
 Autre(s), préciser : _____
 Hospitalisation Oui Non Ne sait pas
 Si oui, date d'admission : _____ de sortie : _____
 Raisons de l'hospitalisation :
 Encéphalite : Oui Non Ne sait pas
 Autre(s) raison(s), préciser : _____

Evolution :

Guérison Oui Non Ne sait pas Décès : Oui Non
 Séjour hors NC Oui Non Ne sait pas Si oui, date du décès : _____

Séjour en dehors de la commune de résidence principale :

Si oui, préciser le(s) lieu(x) : _____ Date de retour : _____

Séjour à l'étranger :

Si oui, préciser le(s) pays : _____ Date de retour en NC : _____

Séjour en dehors du département de résidence principale :

Si oui, préciser le(s) lieu(x) / départements : _____

Autre(s) cas dans l'entourage : Oui Non Ne sait pas Si oui, combien de cas : _____

