



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 <h2 style="margin: 0;">Dengue</h2>
--	---	--

IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié et sans délai au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour signaler tous les cas, y compris ceux sans prélèvement. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment du signalement, 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 exacte du domicile : _____ Téléphone : _____

Quartier : _____ Tribu : _____ Code Postal Commune : _____ Date de notification : _____

LA MENTION D'UNE ADRESSE EST INDISPENSABLE POUR L'INITIATION RAPIDE DE LA LUTTE PERIFOCALÉ

Autres adresses exactes (professionnelle, scolaire,...) : _____

_____ Téléphone : _____

Contexte épidémiologique :

Cas isolé Contexte épidémique précisez _____

Voyage hors NC récent : Non Oui où ? _____

Date de retour : _____

Notion d'antécédents de Dengue : Non Oui Année : _____ Lieu : _____ Type : _____

Ne sait pas

Clinique :

Date d'apparition des signes : _____ Fièvre : Non Oui

Signes présents :

Début brutal <input type="checkbox"/>	Courbatures, myalgies <input type="checkbox"/>	Céphalées <input type="checkbox"/>
Nausées/vomissements <input type="checkbox"/>	Douleurs rétro-orbitaires <input type="checkbox"/>	Eruption <input type="checkbox"/>
Signes hémorragiques <input type="checkbox"/>	Précisez (purpura, épistaxis...) : _____	
Signes de Choc <input type="checkbox"/>	Précisez (hypotension, pouls filant...) : _____	
Autres symptômes (à préciser) : _____		

Evolution :

Guérison	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	
Hospitalisation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	Si oui, date d'admission : _____
				date de sortie : _____
Décès	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ne sait pas <input type="checkbox"/>	Si oui, date du décès : _____

Prélèvements effectués (minimum 1 tube sec) :

Date de prélèvement : _____ **soit J** _____ (J1 correspond au premier jour des signes cliniques)

Précisez : Prélèvement initial 2^{ème} prélèvement

CADRE À REMPLIR PAR LE LABORATOIRE

Analyses réalisées :

Profil précoce : ARN Viral (PCR) (J1 à J5) } Antigène NS1 strip (J1 à J5) } Profil tardif : Antigène NS1 ELISA (J2 à J8) } IgM Dengue (> J4) }		Résultat :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Douteux <input type="checkbox"/>
		Résultat :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Douteux <input type="checkbox"/>
		Résultat :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Douteux <input type="checkbox"/>
		Résultat :	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Douteux <input type="checkbox"/>
Hématologie : GB : _____	Plaqq : _____	Hte : _____			

Conclusion LABO : Cas cas suspect cas probable cas confirmé DH DSC

Virus Type 1 Type 2 Type 3 Type 4 Non typé

