



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale. Il est utile de l'adresser au laboratoire d'analyses de biologie médicale, avec les prélèvements. Le laboratoire la transmettra systématiquement et sans délai au médecin inspecteur de la DASS-NC si le diagnostic est confirmé biologiquement, ou si le cas est suspect, et elle tiendra lieu de déclaration obligatoire. Cette même fiche sert de diagnostic clinique de leptospirose, quand l'examen biologique n'est pas demandé et dans ce cas elle est adressée directement au médecin inspecteur de la DASS-NC - BP N4 - 98851 Nouméa Cedex.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse exacte du domicile : _____ Téléphone : _____

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

Profession : _____

Employeur / Société : _____

Adresse professionnelle : _____

Date de début de la maladie : _____ Cadre de vie : Citadin Tribal Rural

Épidémiologie au cours des 30 derniers jours avant le début des signes :

• Contacts avec les animaux : Bovins Porcs Chevaux Cerfs Chiens Chats Rats Roussettes
Non Autres Préciser : _____

• Activités de loisirs : Pêche en eau douce Baignade / activité en eau douce Chasse Triathlon / raid / randonnée Non

• Autres (par exemple : activité pieds nus en zone humide, dépôt d'ordures voisin du lieu de vie...) : _____

Clinique :

Fièvre : Oui Non Myalgies / arthralgie : Oui Non Choc : Oui Non

Céphalées : Oui Non Taux de plaquettes : _____

Ictère : Oui Non Suffusions conjonctivales : Oui Non

Syndrome méningé : Oui Non Syndrome cardiaque (ECG) : Oui Non

Syndrome hémorragique : Oui Non Syndrome rénal : Oui Non

• Autres symptômes : _____

• Comorbidités : _____

S'agit-il d'un premier diagnostic de leptospirose ou d'une récurrence Si oui, années : _____, _____

Diagnostic chimique : Très forte suspicion Diagnostic d'élimination

Diagnostic biologique : Date du prélèvement : _____

Bactériologique Sérologique 1 Sérologique 2 Amplification génique (PCR)

Conclusion : Cas confirmé biologiquement Cas suspect avec sérologie unique Diagnostic clinique

Sérovar : _____

Vaccination contre la leptospirose Oui Non Date : _____

Traitement : Date de début de traitement : _____

Antibiotiques prescrits : _____

Evolution :

Hospitalisation : Oui Non Si oui, date de l'hospitalisation : _____

Décès : Oui Non Si oui, date du décès : _____

