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

DASS
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales

Paludisme "autochtone"

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 : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signes cliniques :

Date des 1ers signes cliniques : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Hospitalisation : Oui ☐ Non ☐ Si **oui**, date de l'hospitalisation : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Lieu de l'hospitalisation : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cliniques : Accès simple : Oui ☐ Non ☐

Evolution : Encore malade ☐ Guérison ☐ Décès ☐ Si décès, date : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Confirmation du diagnostic : Date du diagnostic : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Espèce plasmodiale :

P. falciparum ☐ *P. vivax* ☐

P. malariae ☐ *P. ovale* ☐

Espèce indéterminée ☐ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

S'il s'agit d'une autre espèce que *P. falciparum,* est-ce le premier accès du patient à cette espèce : Oui ☐ Non ☐

La souche a-t-elle été envoyée au CNR de la chimiorésistance du paludisme : Oui ☐ Non ☐

Le cas a-t-il été signalé au CNR de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone : Oui ☐ Non ☐

Origine de la contamination :

Transfusion sanguine : Oui ☐ Non ☐ Si **oui**, précisez : Hôpital : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Greffe : Oui ☐ Non ☐ Si **oui**, précisez : Hôpital : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Type de greffe : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Accident d'exposition au sang : Oui ☐ Non ☐

Congénitale : Oui ☐ Non ☐

Toxicomanie Intra-veineuse : Oui ☐ Non ☐

Résidence sur une zone aéroportuaire (hôtel, …) : Oui ☐ Non ☐ Si **oui**, laquelle : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Résidence sur une commune limitrophe d'un aéroport : Oui ☐ Non ☐ Si **oui**, laquelle : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Travail sur un aéroport : Oui ☐ Non ☐ Si **oui**, lieu de travail : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Type d'activité : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Fréquentation d'un aéroport : Oui ☐ Non ☐ Si **oui**, lieu : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Réception de paquet, valise, containeur en provenance d'une zone d'endémie : Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, date : |__|__|__|__|__|__|__|__| Pays de provenance : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Maladie à déclaration obligatoire (délibération 423 du 26 novembre 2008) - Cette fiche fait l'objet d'un traitement informatique automatisé déclaré à la CNIL.
Conformément à la loi du 6 janvier 1978, le patient ou le médecin déclarant ont le droit d'accès et de rectification immédiat au fichier par demande directe au médecin inspecteur de la DASS-NC,
5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex. Fiche à transmettre au médecin inspecteur de la DASS-NC, 5 rue du Général Gallieni, BP N4 98851 NOUMEA Cedex - **Tél : 24 37 00 - Fax. 05 11 33 - Numéro vert. 05 11 03**