



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, 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 1^{ers} 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 :

Séjour en pays d'endémie palustre. Pour chaque séjour, indiquer (jj/mm/aaaa) :

Pays	Durée du séjour	Date du retour en Nouvelle-Calédonie