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

Poliomyélite

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 :

☐ Forme méningée simple

☐ Forme paralytique → Atteinte respiratoire : Oui ☐ Non ☐

☐ Autres symptomes

Date des 1ers signes cliniques :

☐ Isolement du poliovirus sans signe clinique

Evolution : Guérison ☐ Séquelles ☐ Décès ☐ Si décès, date :

Si séquelles précisez :

Confirmation du diagnostic :

Nature du prélèvement : Date :

Identification de virus : Culture cellulaire : Oui ☐ Non ☐ PCR : Oui ☐ Non ☐

Différenciation du virus : Type :

Séroconversion : Oui ☐ Non ☐ → à préciser le type :

Nom et adresse du laboratoire :

Antécédents vaccinaux :

Le sujet avait-il dans le passé reçu une vaccination complète (≥ 3 doses) contre la poliomyélite ? :

Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐ Date de la dernière dose :

Type de vaccin utilisé lors de l'administration de la dernière dose : Orale ☐ Injectable ☐ Ne sait pas ☐

Notion de contage connu :

Séjour en pays d'endémie dans le mois précédant les premiers signes : Oui ☐ Non ☐

Si **oui**, pays visité :

Contact avec des sujets ayant reçu du vaccin poliomyélitique oral dans les 2 mois précédant les premiers signes cliniques : Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐

Autre, préciser les circonstances :

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**