République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**
Nom :	**Nom du clinicien :**
Hôpital/service :	
Adresse :	Hôpital/service :
Téléphone :	Adresse :
Télécopie :	Téléphone :
Signature :	Télécopie :

Maladie à déclaration obligatoire

cerfa

Chikungunya

N° 12685*02

Important : tout cas de chikungunya **doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie…)** au médecin de l'ARS.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Confirmation biologique :

		Date(s)	Nature du prélèvement *(sang, LCR, autre)*	Résultat(s) Positif	Résultat(s) Négatif	Non faite
Sérologie IgM	1er prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐
	2e prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐
PCR	1er prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐
	2e prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐

Clinique :

Date du début des signes : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvre >38,5 °C : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Douleurs articulaires : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Eruption cutanée : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Autre(s), préciser : .....

.....

Chikungunya

Critères de notification
Fièvre >38,5 °C d'apparition brutale ET douleurs articulaires invalidantes ET confirmation biologique IgM positive ou PCR positive ou séroconversion.

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, date d'admission : ☐☐☐☐☐☐☐☐ de sortie : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Raisons de l'hospitalisation, préciser : .....

.....

Evolution :

Guérison : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Décès : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, date du décès : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Exposition dans les **15 jours avant** la date de début des signes **(plusieurs réponses possibles) :**

Séjour à l'étranger : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(les) pays : ..... Date de retour : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(s) départements : ..... Date de retour au domicile : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Déplacement dans les **7 jours après** la date de début des signes **(période virémique) :**

Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(s) départements : .....

Autre(s) cas dans l'entourage :

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, combien de cas : ☐☐☐

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**ARS (signature et tampon)**
Nom :	**Nom du clinicien :**	
Hôpital/service :		
Adresse :	Hôpital/service :	
Téléphone :	Adresse :	
Télécopie :	Téléphone :	
Signature :	Télécopie :	

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**
Nom :	**Nom du clinicien :**
Hôpital/service :	
Adresse :	Hôpital/service :
Téléphone :	Adresse :
Télécopie :	Téléphone :
Signature :	Télécopie :

Maladie à déclaration obligatoire

cerfa N° 12686*02

Dengue

Important : tout cas de dengue **doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie…)** au médecin de l'ARS.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Résultats biologiques :

Type d'examen	1er prélèvement		2e prélèvement	
	Date	Résultats	Date	Résultats
PCR	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas
NS1	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas
IgM	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas
IgG	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas

SEROTYPE

DEN-1 ☐

DEN-2 ☐

DEN-3 ☐

DEN-4 ☐

Inconnu ☐ ou non-fait

Dengue

Critères de notification

Fièvre >38,5 °C de début brutal
ET
au moins un signe algique (myalgies ± arthralgies ± céphalées ± lombalgies ± douleur retro·orbitaire)
ET
au moins un des critères biologiques suivants :
RT-PCR ou test NS 1 ou IgM positifs
OU séroconversion
OU augmentation x4 des IgG sur deux prélèvements distants.

Clinique :

Date du début des signes : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Fièvre : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Signes algiques : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- myalgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- arthralgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- lombalgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- céphalées : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- douleurs rétro-orbitaires : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- autres signes, préciser : .....

Signes de gravité :

- saignement sévère : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- choc : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- altérations de la conscience : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- atteinte cardiaque ou autre organe : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Biologie

Plaquettes : ☐ ≤ 50 000/mm³ ☐ 50 000< plaq. ≤ 100 000/mm³ ☐ > 100 000/mm³

Augmentation de l'hématocrite ≥ 20 % (par rapport normale labo) : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Evolution :

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, durée de l'hospitalisation en jours : ☐☐

Guérison : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Décès : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Exposition dans les **15 jours avant** la date de début des signes **(plusieurs réponses possibles) :**

Séjour à l'étranger : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(les) pays : ..... Date de retour : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(s) départements : ..... Date de retour au domicile : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Déplacement dans les **7 jours après** la date de début des signes **(période virémique) :**

Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(s) départements : .....

Autre(s) cas dans l'entourage :

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, combien de cas : ☐☐☐

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**ARS (signature et tampon)**
Nom :	**Nom du clinicien :**	
Hôpital/service :		
Adresse :	Hôpital/service :	
Téléphone :	Adresse :	
Télécopie :	Téléphone :	
Signature :	Télécopie :	

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)
Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**
Nom :	**Nom du clinicien :**
Hôpital/service :	
Adresse :	Hôpital/service :
Téléphone :	Adresse :
Télécopie :	Téléphone :
Signature :	Télécopie :

Maladie à déclaration obligatoire

Zika

cerfa N° 15550*01

Important: cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Tout cas de zika **doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...)** au médecin de l'ARS.

Initiale du nom : Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance :

Code d'anonymat : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ *(A établir par l'ARS)* **Date de la notification :** _ _ / _ _ / _ _ _ _

Code d'anonymat : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ *(A établir par l'ARS)* **Date de la notification :** _ _ / _ _ / _ _ _ _

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ Code postal du domicile du patient : _ _ _ _ _

Confirmation biologique

	Nature du ou des prélèvement(s)	Dates	Positif	Négatif	Séro-conversion	Multiplica-tion par 4	Non faite
RT-PCR	Sang	_ _ / _ _ / _ _ _ _	❑	❑	-	-	❑
	Urines	_ _ / _ _ / _ _ _ _	❑	❑	-	-	❑
	Autres :	_ _ / _ _ / _ _ _ _	❑	❑	-	-	❑
IgM	Sang	_ _ / _ _ / _ _ _ _	❑	❑	-	-	❑
	Autres :	_ _ / _ _ / _ _ _ _	❑	❑	-	-	❑
IgG	Sang	_ _ / _ _ / _ _ _ _	❑	❑	❑	❑	❑
	Autres :	_ _ / _ _ / _ _ _ _	❑	❑	❑	❑	❑

ZIKA

Critères de notification
RT-PCR Zika positive sur sang, urine ou autre prélèvement (liquide cérébro-spinal, liquide amniotique, produits d'avortement…)
OU sérologie positive IgM anti-Zika
OU séroconversion
OU multiplication par 4 du titre des IgG spécifiques

Clinique

Présence de signes cliniques ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas
Si oui, date de début des signes : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Eruption cutanée	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Fièvre >38°5	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Hyperhémie conjonctivale	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Céphalées	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Arthralgies	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Myalgies	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Douleurs rétro-orbitaires	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Œdèmes des extrémités	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas

FORMES COMPLIQUEES

Syndrome de Guillain-Barré	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Paralysie flasque aiguë	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Méningite	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas
Encéphalite	❑ oui	❑ non	❑ ne sait pas

Autre(s), précisez : .....

Autre(s), précisez : .....

Pour les femmes enceintes, au moment des signes cliniques, terme en semaine d'aménorrhée (SA) : .....

Evolution

Hospitalisation ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas Si oui, du _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _
Décès ❑ Date de décès _ _ / _ _ / _ _ _ _

Femme en âge de procréer, le diagnostic d'infection à virus Zika a-t-il été porté **:**

- Pendant la grossesse ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas
  si oui, au moment du diagnostic, terme de la grossesse en semaine d'aménorrhée (SA) : .....
  si oui, des anomalies congénitales ont-elles été identifiées ? ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas
- Lors d'une issue de grossesse

❑ Avortement spontané (< 22 SA)
❑ Interruption volontaire de grossesse (< 14 SA)
❑ Interruption médicale de grossesse, terme (en SA) : .....
❑ Nouveau-né sans vie (≥ 22 SA)
❑ Nouveau-né vivant avec anomalies ou malformations, terme (en SA) : .....
❑ Nouveau-né vivant sans anomalies ou malformations, terme (en SA) : .....

Exposition

Dans les 15 jours avant la date de début des signes (plusieurs réponses possibles) :
Séjour à l'étranger : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas
Si oui, précisez le(s) pays : .....Date de retour _ _ / _ _ / _ _ _ _
Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas
Si oui, précisez le(s) département(s) : ..... Date de retour au domicile _ _ / _ _ / _ _ _ _

Déplacement(s) dans les 7 jours après la date de début des signes (période virémique)
Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas
Si oui, précisez le(s) départements : .....

Autre(s) exposition(s) : ❑ sexuelle ❑ transfusionnelle ❑ autre(s), précisez .....

Autre(s) cas dans l'entourage : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas Si oui, combien de cas : .....

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**ARS (signature et tampon)**
Nom :	**Nom du clinicien :**	
Hôpital/service :		
Adresse :	Hôpital/service :	
Téléphone :	Adresse :	
Télécopie :	Téléphone :	
Signature :	Télécopie :	

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D. 3113-7 du Code de la santé publique) - Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 12 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France)