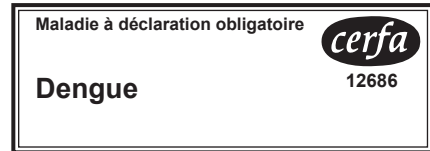


## République française

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



**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 :  *(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 :

**Résultats biologiques :**

Type d'examen	1 <sup>er</sup> prélèvement		2 <sup>e</sup> prélèvement	
	Date	Résultats	Date	Résultats
PCR	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas
NS1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas
IgM	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas
IgG	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas

Dengue	
<p><b>SEROTYPE</b></p> <p>DEN-1 <input type="checkbox"/></p> <p>DEN-2 <input type="checkbox"/></p> <p>DEN-3 <input type="checkbox"/></p> <p>DEN-4 <input type="checkbox"/></p> <p>Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>ou non-fait <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Critères de notification</b></p> <p>Fièvre &gt;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.</p>

**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      - céphalées :  oui  non  ne sait pas

- arthralgies :  oui  non  ne sait pas      - douleurs rétro-orbitaires :  oui  non  ne sait pas

- lombalgies :  oui  non  ne sait pas      - autres signes, préciser : .....

**Signes de gravité :**

- saignement sévère :  oui  non  ne sait pas      - altérations de la conscience :  oui  non  ne sait pas

- choc :  oui  non  ne sait pas      - atteinte cardiaque ou autre organe :  oui  non  ne sait pas

**Biologie**

Plaquettes :  ≤ 50 000/mm<sup>3</sup>     50 000 < plaq. ≤ 100 000/mm<sup>3</sup>     > 100 000/mm<sup>3</sup>

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 :

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