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

Poliomyélite

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez signaler toute suspicion ainsi que tout isolement de poliovirus au laboratoire par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,…)** au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

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 Année de naissance : ☐☐☐☐ Département du domicile du patient : ☐☐☐

Description clinique : ☐ forme méningée simple

☐ forme paralytique Si forme paralytique, atteinte respiratoire : ☐ oui ☐ non

☐ autres symptomes, préciser : .....

Date des premiers signes cliniques : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

☐ Isolement d'un poliovirus sans signe clinique

Evolution : ☐ guérison ☐ décès ☐ séquelles

Si séquelles, préciser : .....

Poliomyélite

Critères de notification : au moins l'un des critères suivants :
– poliomyélite aiguë quelle que soit la forme clinique ou
– isolement d'un poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale.

Confirmation du diagnostic : nature des prélèvements : ..... Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Identification du virus : culture cellulaire : ☐ oui ☐ non PCR : ☐ oui ☐ non

Différenciation du virus : type : .....

Séroconversion : ☐ oui ☐ non Si oui, préciser le type : .....

Nom et adresse du laboratoire : .....

Code postal : ☐☐☐☐☐ Ville : .....

Antécédents vaccinaux :

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

Si oui, date de la dernière dose : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Type de vaccin utilisé lors de l'administration de la dernière dose : ☐ oral ☐ 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 : .....

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 :	