

République française

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

Maladie à déclaration obligatoire	
Zika	N° XXXXX

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	Multiplication par 4	Non faite
RT-PCR	Sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
	Urines	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
	Autres :	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
IgM	Sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
	Autres :	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
IgG	Sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autres :	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Autre(s), précisez :

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 :

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) :
- Lors d'une issue de grossesse
si oui, des anomalies congénitales ont-elles été identifiées ? oui non ne sait pas

- Avortement spontané (< 22 SA) Nouveau-né sans vie (≥ 22 SA)
- Interruption volontaire de grossesse (< 14 SA) Nouveau-né vivant avec anomalies ou malformations, terme (en SA) :
- Interruption médicale de grossesse, 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 :	Hôpital/service :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Télécopie :	Télécopie :	
Signature :		