

Praticien en charge du cas (tampon) Nom, prénom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone :	Biologiste ayant confirmé le cas Nom, prénom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone :
Informations ci-dessus à compléter, que le déclarant soit le praticien ou le biologiste	
Signature du déclarant:	


Maladie à déclaration obligatoire
Rubéole
N° 15917*01

Important : Tout cas de rubéole confirmé, doit être notifié immédiatement au moyen de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...). Cette maladie visant à être éliminée en France, toute forme clinique doit bénéficier d'une investigation biologique qui seule permettra d'affirmer le diagnostic.

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / ___ / ___ / ____ /
Code d'anonymat: |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___|
(Sera établi par l'ARS) Date de la notification : / ___ / ___ / ____ /

Code d'anonymat : |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___| |___|
(Sera établi par l'ARS) Date de la notification : / ___ / ___ / ____ /
Sexe : M F Date de naissance : / ___ / ___ / ____ / Code postal du domicile du patient : / ___ / ___ / ____ /

Signes Cliniques
Date du début des signes : / ___ / ___ / ____ / Exanthème maculo-papuleux : oui non Fièvre: oui non
Adénopathies : oui non Si oui, préciser localisation : cervicales sous-occipitales rétro-auriculaires
Arthralgies : oui non Arthrite : oui non
Hospitalisation : oui non si oui, date d'hospitalisation : / ___ / ___ / ____ / Lieu de l'hospitalisation :
Complications : oui non si oui, préciser :

Rubéole maternofoetale (dans ce contexte, un questionnaire complémentaire, spécifique, sera adressé au déclarant pour investiguer le cas).

Femme enceinte : oui non Si oui, préciser le terme (SA) : / ___ /
Nouveau-né ou nourrisson (syndrome de rubéole congénitale): oui non
Si oui, préciser les signes cliniques :

Confirmation biologique

	Nature des prélèvements	Dates	Positif	Négatif	Séro-conversion	Non réalisé
RT-PCR	Salive	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
	Sang	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
	Autres :	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
IgM	Salive	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	Autres :	__/__/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avidité des IgG	__/__/____	Résultat : __/		Non réalisée	<input type="checkbox"/>

Critères de notification

- **Toute personne (hormis les femmes enceintes) non vaccinée contre la rubéole ou de statut vaccinal inconnu, qui présente :**
 - une éruption maculo-papuleuse avec ou sans fièvre **ET** au moins l'un de ces symptômes: adénopathies cervicales, sous-occipitales ou rétro-auriculaires, ou arthralgies ou arthrite
 - **ET** une PCR ou un dosage d'IgM positifs dans la salive ou le sérum **OU** ayant été en contact avec un cas de rubéole confirmé dans les 12-23 jours avant l'éruption.
- **Toute femme enceinte ayant reçu moins de 2 doses de vaccin** contre la rubéole, et qui présente :
 - une éruption maculo-papuleuse avec ou sans fièvre **ET** une recherche d'IgM positive sur des prélèvements sanguins
 - **OU** une séroconversion pour la rubéole (à confirmer par le CNR)
- **Syndrome de rubéole congénitale (SRC)**
 - Nourrisson <1an : surdité neurosensorielle **ET/OU** anomalies oculaires **ET/OU** microcéphalie **ET/OU** anomalies cardiovasculaires
 - Nouveau-né ≤28J : mêmes manifestations **ET/OU** méningoencéphalite, pneumonie interstitielle, hépatite, hépatosplénomégalie, purpura, retard de croissance
 - ET** détection du virus dans les urines, les sécrétions pharyngées, le liquide cébrospinal (LCS) ou le cristallin **OU** présence d'IgM dans le sérum
- **PCR rubéole trouvée positive (même en absence de signes cliniques)**

Antécédents vaccinaux

Le sujet est-il vacciné contre la rubéole ? oui non statut vaccinal inconnu
Si oui, avec 1 dose Date 1^{ère} dose : / ___ / ___ / ____ / avec 2 doses (ou plus) Date dernière dose : / ___ / ___ / ____ /
Informations recueillies d'après : Interrogatoire Carnet de santé ou de vaccination / dossier médical

Origine possible de la contamination

Contact avec un cas de rubéole **confirmé** entre 12 et 23 jours avant le début des signes : oui non ne sait pas

Si oui, Lieu : Famille Lieu de garde Ecole Autres, préciser :

Autres cas dans l'entourage : oui non ne sait pas

Si oui, Lieu : Famille Lieu de garde Ecole Autres, préciser :

Séjour à l'étranger dans les 12-23 jours avant le début de l'éruption : oui non ne sait pas Si oui, préciser le pays :

Souhaitez-vous recevoir des kits pour prélèvements salivaires et expédition d'échantillons au CNR (recherche d'IgM / PCR) ? oui non
Si oui, combien / ___ /

Praticien en charge du cas (tampon) Nom, prénom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone :	Biologiste ayant confirmé le cas Nom, prénom : Hôpital/service : Adresse : Téléphone :	ARS : signature et tampon
Informations ci-dessus à compléter, que le déclarant soit le praticien ou le biologiste		
Signature du déclarant:		