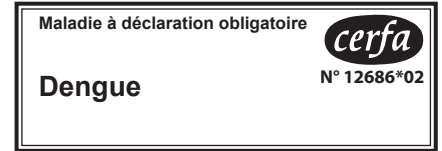


République française

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 :	



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 ^{er} prélèvement		2 ^e prélèvement	
	Date	Résultats	Date	Résultats
PCR	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas
NS1	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas
IgM	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas
IgG	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> ne sait pas	_____	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> 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 - 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/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 :	Hôpital/service :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Télécopie :	Télécopie :	
Signature :		