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

Paludisme « autochtone »

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler 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 : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : ☐☐☐☐ Département du domicile du patient : ☐☐☐

Date des 1ers signes cliniques : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non

Date de l'hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Lieu de l'hospitalisation : .....

Clinique : accès simple : ☐ oui ☐ non

Evolution : ☐ encore malade ☐ guérison

☐ décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Paludisme « autochtone »

Critères de notification

1. Présence de *Plasmodium* au frottis ou à la goutte épaisse et absence de séjour en zone d'endémie palustre pendant les 12 mois précédant le début des signes.
2. Pour les résidents en Guyane, présence de *Plasmodium* au frottis ou à la goutte épaisse et absence de séjour à l'étranger pendant les 12 mois précédant le début des signes.

Confirmation du diagnostic : Date du diagnostic : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Espèce plasmodiale : ☐ *P. falciparum* ☐ *P. vivax*

☐ *P. malariae* ☐ *P. ovale*

☐ Espèce indéterminée, préciser : .....

S'il s'agit d'une autre espèce que *P. falciparum*, est-ce le premier accès du patient à cette espèce : ☐ oui ☐ non

La souche a-t-elle été envoyée au CNR de la chimiorésistance du paludisme : ☐ oui ☐ non

Le cas a-t-il été signalé au CNR de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone : ☐ oui ☐ non

---

Origine possible de la contamination :

Transfusion sanguine : ☐ oui ☐ non Si oui, préciser : hôpital : ..... Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Greffe : ☐ oui ☐ non Si oui, préciser : hôpital : ..... Date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Le type de greffe : .....

Accident d'exposition au sang : ☐ oui ☐ non

Congénital : ☐ oui ☐ non

Toxicomanie intra-veineuse : ☐ oui ☐ non

Zone aéroportuaire :

Résidence sur une zone aéroportuaire (hôtel…) : ☐ oui ☐ non Si oui, laquelle : .....

Résidence sur une commune limitrophe d'un aéroport : ☐ oui ☐ non Si oui, laquelle : .....

Travail sur un aéroport : ☐ oui ☐ non Si oui, lieu de travail : .....

Type d'activité : .....

Fréquentation d'un aéroport : ☐ oui ☐ non Si oui, lieu : .....

Réception de paquet, valise, container en provenance d'une zone d'endémie : ☐ oui ☐ non

Si oui, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Pays de provenance : .....

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 :	