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

Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer

cerfa

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 d'importation dans les départements d'outre-mer

Critères de notification : dans les départements d'Outre-mer seulement, présence de *Plasmodium* au frottis ou à la goutte épaisse liée à un séjour en zone d'endémie palustre hors du département.

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

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

☐ *P. malariae* ☐ *P. ovale*

☐ Espèce indéterminée : .....

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 :

Séjours en pays d'endémie palustre : pour chaque séjour, indiquer :

Pays	Durée du séjour	Date du retour :
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐

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 :	

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, D 3113-7 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire