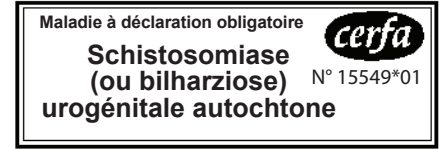


République française

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 bilharziose urogénitale autochtone **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

	Date de prélèvement	Résultats		
		Positif	Négatif	Non faite
Sérodiagnostic				
Hémagglutination indirecte	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELISA	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunofluorescence indirecte	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Western Blot	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR spécifique (<i>S. haematobium</i> et/ou <i>S. bovis</i>)	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sang <input type="checkbox"/>		
		urine <input type="checkbox"/>		
Parasitologie				
Recherche d'œufs de <i>S. haematobium</i> dans les urines	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anatomopathologie

Recherche d'œufs de <i>S. haematobium</i> sur biopsie vésicale	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche d'œufs de <i>S. haematobium</i> sur biopsie rectale	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Biologie non spécifique

	Faite (date)	Positif	Résultats Négatif	Non faite
Hématurie microscopique :	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandelette urinaire <input type="checkbox"/> culot urinaire <input type="checkbox"/>				
Hyperéosinophilie (>0,5 giga/L)	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinique

	Date des premiers signes	Positif	Résultats Négatif	Non faite
Hématurie macroscopique (sang visible dans les urines)	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signes d'irritation vésicale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Douleur mictionnelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pollakiurie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Colique néphrétique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre(s), précisez :				

Imagerie médicale

Urétérohydronéphrose	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas
Calcification vésicale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas

Exposition : contact avec un plan ou cours d'eau douce au cours de la vie (plusieurs réponses possibles) :
 Notion de baignade/contact avec l'eau douce **en Corse** ? oui non ne sait pas

Si OUI dans quel(s) plan(s) ou cours d'eau et quelle(s) année(s) ?
 année :
 année :
 année :
 année :

Notion de baignade/contact avec l'eau douce **en France continentale** ? oui non ne sait pas
 Si OUI dans quel(s) plan(s) ou cours d'eau et quelle(s) année(s) ?

..... année :
 année :
 année :
 année :

Notion de baignade/contact avec l'eau douce hors France métropolitaine ? : oui non ne sait pas
 Si OUI dans quel(s) pays, DOM ou collectivité d'outremer et quelle(s) année(s) ?

..... année :
 année :
 année :
 année :

Schistosomiase (ou bilharziose) urogénitale autochtone

Critères de notification
 (cocher la case correspondante)

Absence de notion de contact avec de l'eau douce dans une zone d'endémie classique (tropicale) au cours de la vie

Cas probable
 - 2 tests sérologiques de dépistage positifs utilisant des techniques différentes
 - **OU** en cas de discordance, un test sérologique Western blot positif (Ag *S. mansoni* + *S. haematobium*)

Cas certain
 Présence d'œufs de *S. haematobium* à l'examen parasitologique des urines
 - **OU** présence d'œufs de *S. haematobium* sur l'examen anatomopathologique d'une biopsie vésicale et/ou rectale - **OU** PCR spécifique (*S. haematobium* et/ou *S. bovis*) positive

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 :		