

République française

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom :	Nom du clinicien :
Hôpital/service :	Hôpital/service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :
<b>Signature :</b>	



**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
<b>Sérodiagnostic</b>				
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"/>			
	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Parasitologie</b>				
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 :

<b>Schistosomiase (ou bilharziose) urogénitale autochtone</b>
<b>Critères de notification</b> (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  <input type="checkbox"/> <b>Cas probable</b> - 2 tests sérologiques de dépistage positifs utilisant des techniques différentes - <b>OU</b> en cas de discordance, un test sérologique Western blot positif (Ag <i>S. mansoni</i> + <i>S. haematobium</i> )  <input type="checkbox"/> <b>Cas certain</b> Présence d'œufs de <i>S. haematobium</i> à l'examen parasitologique des urines - <b>OU</b> présence d'œufs de <i>S. haematobium</i> sur l'examen anatomopathologique d'une biopsie vésicale et/ou rectale - <b>OU</b> PCR spécifique ( <i>S. haematobium</i> et/ou <i>S. bovis</i> ) positive

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>	<b>ARS (signature et tampon)</b>
Nom :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service :	Hôpital/service :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Télécopie :	Télécopie :	
<b>Signature :</b>		