Praticien en charge du cas (tampon)	***Biologiste ayant confirmé le cas***
Nom, prénom :	Nom, prénom :
Hôpital/service :	Hôpital/service:
Adresse :	Adresse:
Téléphone :	Téléphone :

Informations ci-dessus à compléter, que le déclarant soit le praticien ou le biologiste
Signature du déclarant:

cerfa

Maladie à déclaration obligatoire

Rubéole

N° 15917*01

Important : Tout cas de rubéole confirmé, doit être notifié immédiatement au moyen de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,…). Cette maladie visant à être éliminée en France, toute forme clinique doit bénéficier d'une investigation biologique qui seule permettra d'affirmer le diagnostic.

Initiale du nom : |__| Prénom : …… Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : /____/____/_____/

Code d'anonymat: |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| Date de la notification **:** **/____/____/_____/**
(Sera établi par l'ARS)

✂

Code d'anonymat : |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| Date de la notification : /____/____/_____/
(Sera établi par l'ARS)

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : /____/____/_____/ Code postal du domicile du patient : /___/___/___/___/___/

Signes Cliniques

Date du début des signes : /____/____/_____/ Exanthème maculo-papuleux : ❑ oui ❑ non Fièvre: ❑ oui ❑ non

Adénopathies : ❑ oui ❑ non Si oui, préciser localisation : cervicales ❑ sous-occipitales ❑ rétro-auriculaires ❑

Arthralgies : ❑ oui ❑ non Arthrite : ❑ oui ❑ non

Hospitalisation : ❑ oui ❑ non si oui, date d'hospitalisation : /____/____/_____/ Lieu de l'hospitalisation : ……..

Complications : ❑ oui ❑ non si oui, préciser : ……..

Rubéole maternofoetale ***(dans ce contexte, un questionnaire complémentaire, spécifique, sera adressé au déclarant pour investiguer le cas).***

Femme enceinte : ❑ oui ❑ non Si oui, préciser le terme (SA) : /____/

Nouveau-né ou nourrisson (syndrome de rubéole congénitale): ❑ oui ❑ non

Si oui, préciser les signes cliniques : ……

Confirmation biologique

	Nature des prélèvements	Dates	Positif	Négatif	Séro-conversion	Non réalisé
RT-PCR	Salive	__/__/____	❑	❑	-	❑
	Sang	__/__/____	❑	❑	-	❑
	Autres : ……	__/__/____	❑	❑	-	❑
IgM	Salive	__/__/____	❑	❑	-	❑
	Sang	__/__/____	❑	❑	-	❑
	Autres : ……	__/__/____	❑	❑	-	❑
IgG	Sang	__/__/____	❑	❑	❑	❑
	Autres : ……	__/__/____	❑	❑	❑	❑
	Avidité des IgG	__/__/____	Résultat :	__/	Non réalisée	❑

Critères de notification

- **Toute personne (hormis les femmes enceintes) non vaccinée contre la rubéole ou de statut vaccinal inconnu,** qui présente :
  - une éruption maculo-papuleuse avec ou sans fièvre **ET** au moins l'un de ces symptômes: adénopathies cervicales, sous-occipitales ou rétro-auriculaires, ou arthralgies ou arthrite
  - **ET** une PCR ou un dosage d'IgM positifs dans la salive ou le sérum **OU** ayant été en contact avec un cas de rubéole confirmé dans les 12-23 jours avant l'éruption.
- **Toute femme enceinte ayant reçu moins de 2 doses de vaccin** contre la rubéole, et qui présente :
  - une éruption maculo-papuleuse avec ou sans fièvre **ET** une recherche d'IgM positive sur des prélèvements sanguins
  - **OU** une séroconversion pour la rubéole (à confirmer par le CNR)
- **Syndrome de rubéole congénitale (SRC)**
  - Nourrisson <1an : surdité neurosensorielle **ET/OU** anomalies oculaires **ET/OU** microcéphalie **ET/OU** anomalies cardiovasculaires
  - Nouveau-né ≤28J : mêmes manifestations **ET/OU** méningoencéphalite, pneumonie interstitielle, hépatite, hépatosplénomégalie, purpura, retard de croissance

ET détection du virus dans les urines, les sécrétions pharyngées, le liquide cérébrospinal (LCS) ou le cristallin **OU** présence d'IgM dans le sérum

- **PCR rubéole trouvée positive (même en absence de signes cliniques)**

Antécédents vaccinaux

Le sujet est-il vacciné contre la rubéole ? ❑ oui ❑ non ❑ statut vaccinal inconnu

Si oui, ❑ avec 1 dose Date 1ère dose : /____/____/_____/ ❑ avec 2 doses (ou plus) Date dernière dose : /____/____/_____/

Informations recueillies d'après : ❑ Interrogatoire ❑ Carnet de santé ou de vaccination / dossier médical

Origine possible de la contamination

Contact avec un cas de rubéole **confirmé** entre 12 et 23 jours avant le début des signes : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Si oui, Lieu : ❑ Famille ❑ Lieu de garde ❑ Ecole Autres, préciser : ……

Autres cas dans l'entourage : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas

Si oui, Lieu : ❑ Famille ❑ Lieu de garde ❑ Ecole Autres, préciser : ……

Séjour à l'étranger dans les 12-23 jours avant le début de l'éruption : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas Si oui, préciser le pays : ……..

Souhaitez-vous recevoir des kits pour prélèvements salivaires et expédition d'échantillons au CNR (recherche d'IgM / PCR) ? ❑ oui ❑ non

Si oui, combien /__/

Praticien en charge du cas (tampon)	***Biologiste ayant confirmé le cas***	**ARS : signature et tampon**
Nom, prénom :	Nom, prénom :	
Hôpital/service :	Hôpital/service:	
Adresse :	Adresse:	
Téléphone :	Téléphone :	

Informations ci-dessus à compléter, que le déclarant soit le praticien ou le biologiste
Signature du déclarant:

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, de limitation et de rectification pendant 24 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à Santé publique France