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

Dengue

cerfa N° 12686*02

Important : tout cas de dengue **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 : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

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

(A établir par l'ARS)

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

Résultats biologiques :

Type d'examen	1er prélèvement		2e prélèvement	
	Date	Résultats	Date	Résultats
PCR	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas
NS1	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas
IgM	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas
IgG	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	☐ positif ☐ négatif ☐ ne sait pas

SEROTYPE

DEN-1 ☐

DEN-2 ☐

DEN-3 ☐

DEN-4 ☐

Inconnu ou non-fait ☐

Dengue

Critères de notification

Fièvre >38,5 °C de début brutal
ET
au moins un signe algique (myalgies ± arthralgies ± céphalées ± lombalgies ± douleur retro·orbitaire)
ET
au moins un des critères biologiques suivants :
RT-PCR ou test NS 1 ou IgM positifs
OU séroconversion
OU augmentation x4 des IgG sur deux prélèvements distants.

Clinique :

Date du début des signes : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Fièvre : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Signes algiques : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

- myalgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- céphalées : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- arthralgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- douleurs rétro-orbitaires : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- lombalgies : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- autres signes, préciser : .....

Signes de gravité :

- saignement sévère : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- altérations de la conscience : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- choc : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
- atteinte cardiaque ou autre organe : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Biologie

Plaquettes : ☐ ≤ 50 000/mm³ ☐ 50 000< plaq. ≤ 100 000/mm³ ☐ > 100 000/mm³

Augmentation de l'hématocrite ≥ 20 % (par rapport normale labo) : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Evolution :

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, durée de l'hospitalisation en jours : ☐☐

Guérison : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Décès : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Exposition dans les **15 jours avant** la date de début des signes **(plusieurs réponses possibles) :**

Séjour à l'étranger : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(les) pays : ..... Date de retour : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(s) départements : ..... Date de retour au domicile : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Déplacement dans les **7 jours après** la date de début des signes **(période virémique) :**

Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(s) départements : .....

Autre(s) cas dans l'entourage :

☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, combien de cas : ☐☐

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 :	