

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 :	

Maladie à déclaration obligatoire	
Zika	N° 15550*01

Important: cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Tout cas de zika **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

	Nature du ou des prélèvement(s)	Dates	Positif	Négatif	Séro-conversion	Multiplication par 4	Non faite
RT-PCR	Sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
	Urines	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
	Autres :	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
IgM	Sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
	Autres :	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	<input type="checkbox"/>
IgG	Sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>				
	Autres :	___/___/___	<input type="checkbox"/>				

ZIKA
Critères de notification RT-PCR Zika positive sur sang, urine ou autre prélèvement (liquide cérébro-spinal, liquide amniotique, produits d'avortement...) OU sérologie positive IgM anti-Zika OU séroconversion OU multiplication par 4 du titre des IgG spécifiques

Clinique

Présence de signes cliniques oui non ne sait pas
Si oui, date de début des signes : ___/___/___

- Eruption cutanée oui non ne sait pas
- Fièvre >38°5 oui non ne sait pas
- Hyperhémie conjonctivale oui non ne sait pas
- Céphalées oui non ne sait pas
- Arthralgies oui non ne sait pas
- Myalgies oui non ne sait pas
- Douleurs rétro-orbitaires oui non ne sait pas
- Œdèmes des extrémités oui non ne sait pas

FORMES COMPLIQUEES

- Syndrome de Guillain-Barré oui non ne sait pas
- Paralysie flasque aiguë oui non ne sait pas
- Méningite oui non ne sait pas
- Encéphalite oui non ne sait pas
- Autre(s), précisez :

Autre(s), précisez :

Pour les femmes enceintes, au moment des signes cliniques, terme en semaine d'aménorrhée (SA) :

Evolution

Hospitalisation oui non ne sait pas Si oui, du ___/___/___ au ___/___/___
Décès Date de décès ___/___/___

Femme en âge de procréer, le diagnostic d'infection à virus Zika a-t-il été porté :

- Pendant la grossesse oui non ne sait pas
si oui, au moment du diagnostic, terme de la grossesse en semaine d'aménorrhée (SA) :
- Lors d'une issue de grossesse
si oui, des anomalies congénitales ont-elles été identifiées ? oui non ne sait pas

- Avortement spontané (< 22 SA)
- Interruption volontaire de grossesse (< 14 SA)
- Interruption médicale de grossesse, terme (en SA) :
- Nouveau-né sans vie (≥ 22 SA)
- Nouveau-né vivant avec anomalies ou malformations, terme (en SA) :
- Nouveau-né vivant sans anomalies ou malformations, terme (en SA) :

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, précisez le(s) pays : Date de retour ___/___/___
Séjour dans un département en dehors du département de résidence principale : oui non ne sait pas
Si oui, précisez le(s) département(s) : Date de retour au domicile ___/___/___

Déplacement(s) 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, précisez le(s) départements :

Autre(s) exposition(s) : sexuelle transfusionnelle autre(s), précisez

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 :	Hôpital/service :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Télécopie :	Télécopie :	
Signature :		