

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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Autres : | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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) Nouveau-né sans vie (≥ 22 SA)
- Interruption volontaire de grossesse (< 14 SA) Nouveau-né vivant avec anomalies ou malformations, terme (en SA) :
- Interruption médicale de grossesse, 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 : | | |