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 cerfa

Chikungunya

Important : tout cas de chikungunya **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(s)	Nature du prélèvement *(sang, LCR, autre)*	Résultat(s) Positif	Négatif	Non faite
Sérologie IgM	1er prélèvement	⌊_|_|_|_|_|_|_|_⌋	.....	☐	☐	☐
	2e prélèvement	⌊_|_|_|_|_|_|_|_⌋	.....	☐	☐	☐
PCR	1er prélèvement	⌊_|_|_|_|_|_|_|_⌋	.....	☐	☐	☐
	2e prélèvement	⌊_|_|_|_|_|_|_|_⌋	.....	☐	☐	☐

Clinique :

Date du début des signes : ⌊_|_|_|_|_|_|_|_⌋

Fièvre >38,5 °C : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Douleurs articulaires : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Eruption cutanée : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Chikungunya

Critères de notification
Fièvre >38,5 °C d'apparition brutale ET douleurs articulaires invalidantes ET confirmation biologique IgM positive ou PCR positive ou séroconversion.

Autre(s), préciser : .....

.....

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, date d'admission : ⌊_|_|_|_|_|_|_|_⌋ de sortie : ⌊_|_|_|_|_|_|_|_⌋

Raisons de l'hospitalisation, préciser : .....

.....

Evolution :

Guérison : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Décès : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, date du décès : ⌊_|_|_|_|_|_|_|_⌋

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 :	