

**République française**

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
Nom :	<b>Nom du clinicien :</b>
Hôpital/service :	Hôpital/service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :
<b>Signature :</b>	

Maladie à déclaration obligatoire	
<b>Zika</b>	N° XXXXX

**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"/>

<b>ZIKA</b>
<b>Critères de notification</b> RT-PCR Zika positive sur sang, urine ou autre prélèvement (liquide cérébro-spinal, liquide amniotique, produits d'avortement...) <b>OU</b> sérologie positive IgM anti-Zika <b>OU</b> séroconversion <b>OU</b> 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

Autre(s), précisez : .....

**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 : .....

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 : .....

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>	<b>ARS (signature et tampon)</b>
Nom :	<b>Nom du clinicien :</b>	
Hôpital/service :	Hôpital/service :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Télécopie :	Télécopie :	
<b>Signature :</b>		