

**Fiche de signalement et de renseignements cliniques :**

- à compléter par le médecin prescripteur et le laboratoire préleveur
- à joindre aux prélèvements envoyés aux laboratoires réalisant les diagnostics
- à envoyer sans délai à l'ARS IDF (plateforme régionale de réception des signaux) :

☎ 01 44 02 06 76 / @ [ARS75-ALERTE@ars.sante.fr](mailto:ARS75-ALERTE@ars.sante.fr)

**Cas importé :** cas ayant séjourné en zone de circulation connue du ou des virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.

**Cas suspect de chikungunya et de dengue :** cas ayant présenté une fièvre > à 38,5°C d'apparition brutale et au moins un signe parmi les suivants : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, ou douleur rétro-orbitaire, sans autre point d'appel infectieux.

**Cas suspect de zika :** cas ayant présenté une éruption cutanée à type d'exanthème avec ou sans fièvre même modérée et au moins deux signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgies, myalgies, en l'absence d'autres étiologies.

**Il convient de toujours demander les 3 diagnostics CHIKUNGUNYA, DENGUE et ZIKA**

**MEDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE DECLARANT**

Nom : .....  
 Hôpital - Service / LABM : .....  
 Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Fax : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Mél : .....  
 Date de signalement : \_\_\_/\_\_\_/2016

Cachet :

**PATIENT**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  H  F  
 Adresse : .....  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : .....  
 Téléphone : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

**Date de début des signes (DDS) :** \_\_\_/\_\_\_/2016  
 Fièvre > 38°5  Céphalée(s)  Arthralgie(s)  Myalgie(s)  Lombalgie(s)  Douleurs rétro-orbitaires  
 Asthénie  Hyperhémie conjonctivale  Eruption cutanée  Œdème des extrémités  
 Signe(s) neurologique(s), spécifiez : .....  
 Autre, spécifiez : .....

**Patiente enceinte (au moment des signes) ?**  OUI  NON  NSP Si oui, semaines d'aménorrhée : \_\_

**Voyage dans les 15 jours précédant la DDS ?**  OUI  NON  NSP

Si OUI : dans quel(s) pays, DOM ou collectivité d'outremer ? .....  
 Date de retour dans le département : \_\_\_/\_\_\_/2016

**Cas dans l'entourage ?**  OUI  NON  NSP

**PRELEVEMENT(S)**

RT-PCR sang Si ≤ 7j après DDS Date : \_\_\_/\_\_\_/2016  
 RT-PCR urines (pour zika) Si ≤ 10j après DDS Date : \_\_\_/\_\_\_/2016  
 RT-PCR autre (précisez : ..... ) Date : \_\_\_/\_\_\_/2016  
 sérologie Si ≥ 5j après DDS Date : \_\_\_/\_\_\_/2016

Veuillez préciser si le patient  s'oppose ou  ne s'oppose pas à l'utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus.

*Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés, le patient est informé de son droit d'accès aux informations qui le concernent en s'adressant à son médecin ou au médecin de son choix, qui seront alors ses intermédiaires auprès de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le patient peut également faire connaître son refus de participation à la surveillance à son médecin qui effectuera la démarche auprès de l'InVS. (Articles 26, 27, 34 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Pour toutes informations, contacter la Cellule de l'InVS en région (Cire)*

## MODALITES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Recherche des diagnostics chikungunya, dengue et zika simultanément dans le cadre de la surveillance renforcée, même si le diagnostic est plus orienté vers une des 3 pathologies.

	DDS*	J+1	J+2	J+3	J+4	J+5	J+6	J+7	J+8	J+9	J+10	J+11	J+12	J+13	J+14	J+15	...
RT-PCR sur sang (chik-dengue-zika)																	
RT-PCR sur urines (zika)																	
Sérologie (IgM-IgG) (chik-dengue-zika)																	

\* Date de début des signes  
Analyse à prescrire

## ACTES INSCRITS A LA NOMENCLATURE

RT-PCR et sérologie chikungunya / RT-PCR et sérologie dengue / RT-PCR et sérologie zika

## CONDITIONS DE TRANSPORTS DES PRELEVEMENTS

Le cas suspect peut être prélevé dans tout LABM ou laboratoire hospitalier pour la sérologie et la RT-PCR. Ces laboratoires s'assurent ensuite de l'acheminement des prélèvements vers les laboratoires réalisant le diagnostic sérologique et la RT-PCR, dans les plus brefs délais et dans les conditions décrites dans le tableau ci-dessous. Le CNR peut dans certains cas réaliser en seconde intention des analyses complémentaires.

Prélèvement	Tube (1x5 ml)	Analyses		Acheminement
		Sérologie	RT-PCR	
Sang total	EDTA	X	X	+4°C
Sérum	Sec	X	X	+4°C
Plasma	EDTA	X	X	+4°C
Urines	Tube étanche		X	+4°C

Les prélèvements doivent être envoyés avec cette fiche (signalement et renseignements cliniques).

## COORDONNEES

### PLATEFORME REGIONALE DE RECEPTION DES SIGNAUX



Tél : 0825 811 411 / 01 44 02 06 79  
Fax : 01 44 02 06 76  
Mél : [ARS75-ALERTE@ars.sante.fr](mailto:ARS75-ALERTE@ars.sante.fr)

**ARS Ile-de-France**  
cellule de veille, d'alerte et de gestion  
sanitaires, Millénaire 2, 35 rue de la  
gare, 75935 Paris Cedex 19

### Cire Ile-de-France

Tél : 01 44 02 08 16 / Fax : 01 44 02 06 76  
[ARS-IDF-CIRE@ars.sante.fr](mailto:ARS-IDF-CIRE@ars.sante.fr)

### CNR DES ARBOVIRUS

Tél : 04 91 61 79 10 / Fax : 04 91 61 75 53  
[cnrbovirus@irba.fr](mailto:cnrbovirus@irba.fr)