

# Dispositif transitoire de surveillance "pré-déclaration obligatoire", Février 2016

## Patient

Date de notification : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

NOM (3 premières lettres) : ..... PRENOM : .....

Sexe :  M  F      Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_      Code postal du domicile du patient : .....

## Médecin prescripteur

Nom : .....  
.....  
Hôpital/Service : .....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
Courriel : .....

## Laboratoire

Nom : .....  
.....  
Adresse : .....  
Téléphone : .....  
Fax : .....  
Courriel : .....

## Confirmation biologique

	Nature du ou des prélèvement(s)	Dates	Positif	Négatif	Séro-conversion	Aug-mentation x4	Non faite
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

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** augmentation de 4 fois du titre des IgG spécifiques

## Clinique

Date du début des signes : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

Eruption cutanée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Fièvre >38°5	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Hyperhémie conjonctivale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Céphalées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Arthralgies	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Myalgies	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Douleurs rétro-orbitaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Œdèmes des extrémités	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Autre(s), précisez : .....			

#### FORMES COMPLIQUEES

Syndrome de Guillain-Barré	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Paralysie flasque aiguë	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Méningite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Encéphalite	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Autre(s), précisez : .....			

## 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) : .....  
 si oui, des anomalies congénitales ont-elles été identifiées ?  oui  non  ne sait pas
- Lors d'une issue de grossesse

<input type="checkbox"/> Avortement spontané (< 22 SA)	<input type="checkbox"/> Nouveau-né sans vie ( $\geq$ 22 SA)
<input type="checkbox"/> Interruption volontaire de grossesse (< 14 SA)	<input type="checkbox"/> Nouveau-né vivant avec anomalies ou malformations, terme (en SA) : .....
<input type="checkbox"/> Interruption médicale de grossesse, terme (en SA) : .....	<input type="checkbox"/> 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 : .....