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 :

cerfa 12685*01

Chikungunya

Important : tout cas de chikungunya **doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie…)** au médecin inspecteur de la DDASS.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par la Ddass)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(A établir par la Ddass)

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Confirmation biologique

		Date(s)	Faite – Nature du prélèvement *(sang, LCR, autre)*	Résultat(s) – Positif	Résultat(s) – Négatif	Non faite
Sérologie						
IgM	1er prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐
	2ème prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐
PCR	1er prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐
	2ème prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐
Isolement	1er prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐
	2ème prélèvement	☐☐☐☐☐☐☐☐	.....	☐	☐	☐

Clinique

Date du début des signes ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Douleurs articulaires ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Eruption cutanée ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Autre(s), préciser : .....

.....

Hospitalisation ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, date d'admission ☐☐☐☐☐☐☐☐ de sortie ☐☐☐☐☐☐☐☐

Raisons de l'hospitalisation :

Encéphalite ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Autre(s) raison(s), préciser : .....

Chikungunya

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

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(s) pays : ..... date de retour : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Séjour en dehors du département de résidence principale ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, préciser le(s) lieu(x) / 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	Ddass (signature et tampon)
Nom :	**Nom du clinicien :**	
Hôpital/service :		
Adresse :	Hôpital/service :	
Téléphone :	Adresse :	
Signature	Téléphone :	