

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 11 juin 2016 modifiant l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique**

NOR : AFSP1616550A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3113-1, R. 3113-2, D. 3113-6 et D. 3113-7 ;

Vu l'arrêté du 22 août 2011 relatif à la notification obligatoire des maladies infectieuses et autres maladies mentionnées à l'article D. 3113-7 du code de la santé publique ;

Vu la saisine de la Commission nationale de l'informatique et des libertés du 15 mars 2016,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 22 août 2011 susvisé est complété par les alinéas suivants :

« Schistosomiase (bilharziose) urogénitale (annexe 32) ;

« Zika (annexe 33). »

**Art. 2.** – La notification obligatoire à l'autorité sanitaire des données individuelles concernant les cas de schistosomiase (bilharziose) urogénitale et de zika est effectuée sur les fiches de notification annexées au présent arrêté et correspondant respectivement aux annexes 32 et 33 de l'arrêté du 22 août 2011 susvisé.

**Art. 3.** – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 11 juin 2016.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général de la santé,*

B. VALLET

*Nota.* – Les annexes au présent arrêté sont disponibles sur le site de l'Agence nationale de santé publique (<http://www.invs.sante.fr>) ou sur demande auprès de l'Agence nationale de santé publique.



République française

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

Maladie à déclaration obligatoire  
**Zika**

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

**ZIKA**

**Critères de notification**  
 RT-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** 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	<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 COMPLIQUÉES**

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)  Nouveau-né sans vie (≥ 22 SA)

Interruption volontaire de grossesse (< 14 SA)  Nouveau-né vivant avec anomalies ou malformations, terme (en SA) : .....

Interruption médicale de grossesse, 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 :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service :	Hôpital/service :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Télécopie :	Télécopie :	
Signature :		

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-5, R 3113-7 du Code de la santé publique)  
 Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 12 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire