

MALADIE A DECLARATION OBLIGATOIRE

Médecin
 Nom :
 Hôpital/Service :
 Adresse :
 Téléphone :
 Télécopie :
 Signature

Zika

Important : à remplir et à transmettre au médecin inspecteur de la Direction de l'Action Sanitaire (D.A.SA.).
Adresse : 48 boulevard d'Italie
MC 98000 MONACO
Tél. 98.98.83.10, fax : 98.98.81.59
Email : dass@gouv.mc

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

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) :

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, précisez :

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 :
Cas dans l'entourage ? OUI NON NSP

PRELEVEMENT(S)

RT-PCR sang Si ≤ 7j après DDS* Date : *DDS : Date de Début des Signes
 RT-PCR urines (pour zika) Si ≤ 10j après DDS Date :
 RT-PCR autre (précisez :) Date :
 sérologie Si ≥ 5j après DDS Date :

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.

MODALITES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE (Analyses à prescrire)

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)																	