

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



Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,...)** au médecin inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

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 Année de naissance : _____ Département du domicile du patient : _____

Date des 1^{ers} signes cliniques : _____

Hospitalisation : oui non

Date de l'hospitalisation (jj/mm/aaaa) : _____

Lieu de l'hospitalisation :

Clinique : accès simple : oui non
Evolution : Encore malade Guérison
 Décès Si décès, date : _____

Confirmation du diagnostic : Date du diagnostic : _____

Espèce plasmodiale : *P. falciparum* *P. vivax*
 P. malariae *P. ovale*
 Espèce indéterminée :

S'il s'agit d'une autre espèce que *P. falciparum*, est-ce le premier accès du patient à cette espèce : oui non

La souche a-t-elle été envoyée au CNR de la chimiorésistance du paludisme : oui non

Le cas a-t-il été signalé au CNR de l'épidémiologie du paludisme d'importation et autochtone : oui non

Paludisme « autochtone »
Critères de notification : ① Présence de <i>Plasmodium</i> au frottis ou à la goutte épaisse et absence de séjour en zone d'endémie palustre pendant les 12 mois précédant le début des signes. ② Pour les résidents en Guyane, présence de <i>Plasmodium</i> au frottis ou à la goutte épaisse et absence de séjour à l'étranger pendant les 12 mois précédant le début des signes.

Origine possible de la contamination :

Transfusion sanguine : oui non Si **oui**, précisez : Hôpital : _____ Date : _____

Greffe : oui non Si **oui**, précisez : Hôpital : _____ Date : _____

Le type de greffe :

Accident d'exposition au sang : oui non

Congénital : oui non

Toxicomanie Intra-veineuse : oui non

Zone aéroportuaire :

Résidence sur une zone aéroportuaire (hôtel, ...) oui non Si oui, laquelle :

Résidence sur une commune limitrophe d'un aéroport : oui non Si oui, laquelle :

Travail sur un aéroport oui non Si oui, lieu de travail :

Type d'activité :

Fréquentation d'un aéroport oui non Si oui, lieu :

Date : _____

Réception de paquet, valise, conteneur en provenance d'une zone d'endémie : oui non

Si oui, date : _____ Pays de provenance :

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	DDASS : signature et tampon
Nom :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service	Hôpital/service	
Adresse	Adresse	
Téléphone	Téléphone	
Signature		