


République française

| 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 : | |

| Maladie à déclaration obligatoire |
|--|
|  Rougeole N° 12554 |

Important : tout cas de rougeole, clinique ou confirmé, doit être signalé immédiatement au moyen de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS sans attendre les résultats biologiques. Cette maladie visant à être éliminée en France, toute forme clinique devrait bénéficier d'un test biologique qui seul permettra d'affirmer le diagnostic.

Initiale du nom : [] Prénom : Sexe : M F Date de naissance : [][][][][][][][][][]

Code d'anonymat : [][][][][][][][][][][][][][][][][] **Date de la notification :** [][][][][][][][][][]

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : [][][][][][][][][][][][][][][][][] **Date de la notification :** [][][][][][][][][][]

(A établir par l'ARS)

M F Date de naissance : [][][][][][][][][][] Code postal du domicile du patient : [][][][][][]

Signes cliniques :

Date du début de l'éruption : [][][][][][][][][][] Fièvre ≥38,5 °C : oui non

Exanthème maculo-papuleux : oui non
Généralisé : oui non

Toux : oui non Conjonctivite : oui non

Coryza : oui non Présence du signe de Koplik : oui non

Hospitalisation : oui non Si oui, préciser la date de l'hospitalisation : [][][][][][][][][][]
Lieu de l'hospitalisation :
Séjour en réanimation : oui non

Complications : oui non Si oui : encéphalite pneumopathie autres, préciser :

Evolution (à la date de la notification) : encore malade guéri décès Si décès, date : [][][][][][][][][][]

| Rougeole |
|---|
| Critères de notification • Cas clinique : fièvre ≥38,5 °C associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik. • Cas confirmé : - cas confirmé biologiquement (détection d'IgM spécifiques* dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG* et/ou PCR positive et/ou culture positive) ou - cas clinique ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé. * en l'absence de vaccination récente |

Confirmation du diagnostic :

Confirmation biologique demandée : oui non

Si oui : recherche d'IgM salivaires : positif négatif en cours Date du prélèvement : [][][][][][][][][][]
 recherche d'IgM sériques : positif négatif en cours Date du prélèvement : [][][][][][][][][][]
 séroconversion, ascension des IgG : oui non en cours Date du premier prélèvement : [][][][][][][][][][]
Date du dernier prélèvement : [][][][][][][][][][]

PCR/Isolement du virus Spécimen : positif négatif en cours Date du prélèvement : [][][][][][][][][][]

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption : oui non ne sait pas Si oui, préciser le pays :

Contact avec un cas de rougeole 7 à 18 jours avant le début de l'éruption : oui non ne sait pas

Si oui, lieu : famille lieu de garde école autres, préciser :

S'agit-il d'un cas confirmé : oui non ne sait pas

Si "ne sait pas", l'ARS peut-elle authentifier que ce contact était un cas confirmé : oui non (information à renseigner par l'ARS)

Autres cas dans l'entourage : oui non ne sait pas

Si oui : lieu : famille lieu de garde école autres, préciser :

Avez-vous connaissance d'un sujet à risque de rougeole grave dans l'entourage familial du cas (en particulier femme enceinte, nourrisson, immunodéprimé) : oui non

Le cas fréquente-t-il une collectivité accueillant des sujets à risque de rougeole grave : oui non

Si oui : structure d'accueil de la petite enfance milieu de soins autre, préciser :

Avez-vous connaissance d'un projet de voyage hors métropole du cas pendant sa période de contagiosité : oui non

Si oui, préciser la destination :

Antécédents vaccinaux :

Le sujet est-il vacciné contre la rougeole : oui non statut vaccinal inconnu

Si oui : avec 1 dose avec 2 doses Date de la dernière dose : [][][][][][][][][][]

Informations recueillies d'après : interrogatoire carnet de santé ou de vaccination/dossier médical

Souhaitez-vous recevoir des kits pour prélèvements et envois d'échantillons de salive au CNR (recherche d'IgM/PCR) : oui non

Si oui, combien : [][][][]

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