|  |  |
| --- | --- |
|  | **Fiche de renseignements cliniques****Dengue / Chikungunya / Zika** |

|  |
| --- |
| **A compléter par le médecin prescripteur et le laboratoire préleveur****A joindre aux prélèvements envoyés aux laboratoires réalisant les diagnostics** |
| **Définitions de cas et MODALITES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE au verso****demander les 3 diagnostics CHIKUNGUNYA, DENGUE et ZIKA** |
| **En cas de résultats biologiques positifs, envoyer sans délai à l’ARS HDF une fiche de déclaration obligatoire :  03 62 72 88 75 / @ ars-hdf-signal@ars.sante.fr** |
| **En cas d’IGM isolées positives, réaliser un 2ème prélèvement distant de 15 jours du 1er** **pour contrôle** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MEDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE DECLARANT** |
| Nom : …………………………………………………………………………….…Hôpital - Service / LABM : ………………………………………………………..Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Fax : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Mél : …………………………………………………………………………………Date de signalement : \_ \_ / \_ \_ / 2023 | Cachet : |
|  | **PATIENT** |
| Nom : …………………………………………… Prénom : ……………………………………. Nom de jeune fille : …………………………… Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Sexe : [ ]  H [ ]  FCode postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : ………………………………………………………… Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ |
|  | **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** |
| **Date de début des signes (DDS)** : \_ \_ / \_ \_ / 2023[ ]  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, spécifiez : ………………………………………………………………………………………………………………….………**Patiente enceinte (au moment des signes)**? [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  NSP Si oui, semaines d’aménorrhée : \_ \_ **Vaccination contre la fièvre jaune :** [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  NSP Date vaccination : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_**Voyage dans les 15 jours précédant la DDS**? [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  NSPSi OUI : dans quel(s) pays, DOM ou collectivité d’outremer ? ………………………………………………………………………………..….. Date de retour en Métropole : \_ \_ / \_ \_ / 2023**Cas dans l’entourage**? [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  NSP  |
|  | **PRELEVEMENT(S)** |
| **[ ]**  RT-PCR sang Si ≤ 7j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2023 Résultat : [ ]  positif [ ]  négatif [ ]  NSP**[ ]**  RT-PCR urines (pour zika) Si ≤ 10j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2023 Résultat : [ ]  positif [ ]  négatif [ ]  NSP**[ ]**  RT-PCR autre (précisez : …………………………….) Date : \_ \_ / \_ \_ / 2023 Résultat : [ ]  positif [ ]  négatif [ ]  NSP**[ ]**  sérologie Si ≥ 5j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2023 Résultat IgM : [ ]  positif [ ]  négatif [ ]  NSPSi résultat positif, préciser l’arbovirose : ………………... Résultat IgG : [ ]  positif [ ]  négatif [ ]  NSP |

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.

*Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés, le patient est informé de son droit d’accès aux informations qui le concernent en s’adressant à son médecin ou au médecin de son choix, qui seront alors ses intermédiaires auprès de Santé publique France. Le patient peut également faire connaître son refus de participation à la surveillance à son médecin qui effectuera la démarche auprès de Santé publique France. (Articles 26, 27, 34 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Pour toutes informations, contacter la Santé publique France Hauts de France.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DEFINITIONS DE CAS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Dengue** | **Chikungunya** | **Zika** |
| **Cas suspect** | Cas ayant présenté une fièvre > à 38,5°C d’apparition brutale ET au moins un signe parmi les suivants : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, ou douleur rétro-orbitaire, sans autre point d’appel infectieux | Cas ayant présenté une éruption cutanée à type d’exanthème avec ou sans fièvre même modérée et au moins deux signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgies, myalgies, en l’absence de tout autre point d’appel infectieux. |
| **Cas probable** | Cas suspect et IgM + |
| **Cas confirmé** | Cas suspect et confirmation biologique : * RT-PCR + sur sang
* RT-PCR + sur urine ou autre prélèvement (liquide cérébro-spinal, liquide amniotique…) pour zika
* IgM + et IgG +
* NS1 + (dengue)
* Augmentation x4 des IgG sur deux prélèvements distants (dengue et zika)
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MODALITES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE** |

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.



|  |  |
| --- | --- |
|  | **ACTES INSCRITS A LA NOMENCLATURE** |

RT-PCR et sérologie chikungunya, dengue et zika

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONDITIONS DE TRANSPORTS DES PRELEVEMENTS** |

Compte tenu de modifications récentes nous vous conseillons de vous référer au site du CNR <http://www.cnr-arbovirus.fr/www/>

|  |  |
| --- | --- |
|  | **COORDONNEES** |

|  |
| --- |
| **Point focal regional** |
|  | Tél : 03 62 72 77 77Fax : 03 62 72 88 75Mél : ars-hdf-signal@ars.sante.fr | **ARS Hauts de France**556, Avenue Willy Brandt59777 Euralille |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SANTE PUBLIQUE FRANCE - HDF** | **CNR DES ARBOVIRUS** |  |
| hautsdefrance@santepubliquefrance.fr  | Tél : 04 13 73 21 81Fax : 04 13 73 21 82cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr | Adresse d’expédition : CNR des ARBOVIRUSIHU Méditerranée-Infection1er étage – Laboratoire 11419-21 Boulevard Jean Moulin13005 Marseille |
|  | **Fiche de renseignements, envois et conditions pré-analytique :** <http://www.cnr-arbovirus.fr/www/>  |