



Surveillance du Chikungunya

Fiche de signalement à adresser au Bureau de veille sanitaire :
tél : 48.82.02 ou 70.65.02 - fax : 48.82.12 ; mail : veille@sante.gov.pf
et à joindre à la prescription de diagnostic de chikungunya pour le laboratoire

M E D E C I N	Identification du prescripteur	
	Nom :	
	Adresse :	
	Téléphone/ fax :	
	Date de prescription : ___/___/___	
	Membre du réseau sentinelle virologique : oui non	
	Identification et coordonnées détaillées du patient (obligatoire) :	
	Nom :	Date de Naissance : ... / ... / ...
	Prénom :	Sexe : M F
	N° de téléphone :	
Lieu de séjour actuel (adresse précise en Pf) :		
Lieu de travail en Pf :		
Adresse permanente :		

M E D E C I N +	Clinique	
	<u>Définition de cas suspect de chikungunya</u> : Fièvre d'apparition brutale > 38,5°C + arthralgies/myalgies (et en l'absence de foyer infectieux) + voyage ou contact proche avec un voyageur de retour de Nouvelle-Calédonie ou d'Asie depuis moins de 2 semaines.	
	Date de début des signes : ___/___/___	
	Date de prélèvement : ___/___/___	soit J
	Signes présents :	
	Fièvre ≥38.5°C	Arthralgies Myalgies
	Douleurs intenses des articulations distales : <input type="checkbox"/> poignet <input type="checkbox"/> cheville	
	Eruption cutanée Céphalées Absence de point d'appel infectieux	
	Autres :	

B V S	Contexte épidémiologique	
	Cas isolé	Cas groupés (contexte épidémique)
	Voyage récent hors Pf ou domicile hors Pf	si oui où ?.....
	Patient hospitalisé ; si oui où ?.....	

Prescription de diagnostic CHIKV : **oui** **non**

L A B O	Résultat d'analyse	
	CHIKV:	PCR (<J5) : pos <input type="checkbox"/> nég <input type="checkbox"/> IgM (>J5): pos <input type="checkbox"/> nég <input type="checkbox"/>
	DENV	PCR (<J5) : pos <input type="checkbox"/> nég <input type="checkbox"/> IgM (>J5): pos <input type="checkbox"/> nég <input type="checkbox"/>
		AgNS1: pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>

Conclusion : **Cas suspect :** **oui** **non**