



# Surveillance du CHIKUNGUNYA

## Médecin Prescripteur (tampon)

Nom :  
 Hôpital/service :  
 Adresse :  
 Téléphone :  
 Télécopie :  
 Signature :

## DEFINITION DE CAS SUSPECT DE CHIKUNGUNYA

- ✓ FIEVRE  $\geq 38.5^\circ$  D'APPARITION BRUTALE
- ✓ ET DOULEURS ARTICULAIRES INVALIDANTES (ARTHRALGIES, MYALGIES)
- ✓ ET ABSENCE DE FOYER INFECTIEUX
- ✓ ERUPTION CUTANEE PRECOCE FREQUENTE

Fiche de signalement à adresser au **Bureau de veille sanitaire** Tél : 40.48.82.01 ou 87.70.65.02 ; Fax : 40.48.82.12 ; Mail : [veille@sante.gov.pf](mailto:veille@sante.gov.pf)

ET à joindre à la prescription de diagnostic de Chikungunya pour le laboratoire

## Identification et coordonnées détaillées du patient (obligatoire) :

Nom : ..... Date de Naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Prénom : .....  
 N° de téléphone : ..... Sexe : M  F   
 Lieu de séjour actuel (adresse précise en Pf) : .....  
 Lieu de travail en Pf : .....  
 Adresse permanente : .....

**LA MENTION D'UNE ADRESSE EST INDISPENSABLE POUR LA LUTTE ANTI-VECTORIELLE**

## Clinique :

Date de début des signes (DDS) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de prélèvement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Soit



Fièvre  $\geq 38.5^\circ\text{C}$  :  oui  non  ne sait pas  
 Eruption cutanée :  oui  non  ne sait pas  
 Arthralgies :  oui  non  ne sait pas  
 Absence de point d'appel infectieux :  oui  non  ne sait pas  
 Hospitalisation :  oui  non  ne sait pas

Myalgies :  oui  non  ne sait pas

Céphalées :  oui  non  ne sait pas

Douleurs intenses des articulations distales :

Poignet  Cheville  Doigts

Autres : .....

Si oui, date d'admission : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ de sortie : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Commentaires : .....

## Demande de confirmation biologique :

	Chikungunya	Dengue
PCR (<J7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ag NS1 (<J7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérologie IgM (>J5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Contexte épidémiologique :

Cas isolé  Autre Cas dans l'entourage (groupé)  Oui Cas suspects Si oui, combien de cas : .....  
 Oui Cas confirmés Si oui, combien de cas : .....  
 Ne sait pas