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

cerfa 12203*01

Paludisme « autochtone »

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.

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 1ers 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 : .....

Paludisme « autochtone »

Critères de notification :

① Présence de *Plasmodium* 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 *Plasmodium* au frottis ou à la goutte épaisse et absence de séjour à l'étranger pendant les 12 mois précédant le début des signes.

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

---

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, containeur 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		
Adresse	Hôpital/service	
Téléphone	Adresse	
Signature	Téléphone	

Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique)

Information individuelle des personnes - Droit d'accès et de rectification pendant 6 mois par le médecin déclarant (loi du 6 janvier 1978) - Centralisation des informations à l'Institut de veille sanitaire