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

Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer

cerfa 12204*01

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 : .....

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

Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer

Critères de notification :
Dans les départements d'Outre-Mer seulement, présence de *Plasmodium* au frottis ou à la goutte épaisse liée à un séjour en zone d'endémie palustre hors du département.

Origine possible de la contamination :

Séjours en pays d'endémie palustre : pour chaque séjour, indiquer :

Pays	Durée du séjour	Date du retour *(jj/mm/aaaa)*
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	.....	☐☐☐☐☐☐☐☐

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	