République française

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 :

Maladie à déclaration obligatoire

cerfa

Rougeole

N° 12554*03

Important : tout cas de rougeole, clinique ou confirmé, doit être signalé immédiatement au moyen de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie…) au médecin de l'ARS **sans attendre les résultats biologiques.** Cette maladie visant à être éliminée en France, toute forme clinique devrait bénéficier d'un test biologique qui seul permettra d'affirmer le diagnostic.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

(A établir par l'ARS)

☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Signes cliniques :

Date du début de l'éruption : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ Fièvre ≥38,5 °C : ☐ oui ☐ non

Exanthème maculo-papuleux : ☐ oui ☐ non

Généralisé : ☐ oui ☐ non

Toux : ☐ oui ☐ non Conjonctivite : ☐ oui ☐ non

Coryza : ☐ oui ☐ non Présence du signe de Koplik : ☐ oui ☐ non

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non Si oui, préciser la date de l'hospitalisation : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Lieu de l'hospitalisation : .....

Séjour en réanimation : ☐ oui ☐ non

Rougeole

Critères de notification

• **Cas clinique** : fièvre ≥38,5 °C associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.

• **Cas confirmé :**

- cas confirmé biologiquement (détection d'IgM spécifiques* dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG* et/ou PCR positive et/ou culture positive)

ou

- cas clinique ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé.

* en l'absence de vaccination récente

Complications : ☐ oui ☐ non Si oui : ☐ encéphalite ☐ pneumopathie ☐ autres, préciser : .....

Evolution (à la date de la notification) : ☐ encore malade ☐ guéri ☐ décès Si décès, date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Confirmation du diagnostic :

Confirmation biologique demandée : ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ recherche d'IgM salivaires : ☐ positif ☐ négatif ☐ en cours Date du prélèvement : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

☐ recherche d'IgM sériques : ☐ positif ☐ négatif ☐ en cours Date du prélèvement : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

☐ séroconversion, ascension des IgG : ☐ oui ☐ non ☐ en cours Date du premier prélèvement : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Date du dernier prélèvement : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

☐ PCR/Isolement du virus Spécimen : ..... ☐ positif ☐ négatif ☐ en cours Date du prélèvement : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui, préciser le pays : .....

Contact avec un cas de rougeole 7 à 18 jours avant le début de l'éruption : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, lieu : ☐ famille ☐ lieu de garde ☐ école ☐ autres, préciser : .....

S'agit-il d'un cas confirmé : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si "ne sait pas", l'ARS peut-elle authentifier que ce contact était un cas confirmé : ☐ oui ☐ non (information à renseigner par l'ARS)

Autres cas dans l'entourage : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui : lieu : ☐ famille ☐ lieu de garde ☐ école ☐ autres, préciser : .....

Avez-vous connaissance d'un sujet à risque de rougeole grave dans l'entourage familial du cas (en particulier femme enceinte, nourrisson, immunodéprimé) : ☐ oui ☐ non

Le cas fréquente-t-il une collectivité accueillant des sujets à risque de rougeole grave : ☐ oui ☐ non

Si oui : ☐ structure d'accueil de la petite enfance ☐ milieu de soins ☐ autre, préciser : .....

Avez-vous connaissance d'un projet de voyage hors métropole du cas pendant sa période de contagiosité : ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser la destination : .....

Antécédents vaccinaux :

Le sujet est-il vacciné contre la rougeole : ☐ oui ☐ non ☐ statut vaccinal inconnu

Si oui : ☐ avec 1 dose ☐ avec 2 doses Date de la dernière dose : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Informations recueillies d'après : ☐ interrogatoire ☐ carnet de santé ou de vaccination/dossier médical

---

Souhaitez-vous recevoir des kits pour prélèvements et envois d'échantillons de salive au CNR (recherche d'IgM/PCR) : ☐ oui ☐ non

Si oui, combien : ☐☐

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