|  |  |
| --- | --- |
| http://www.intranet.ars.sante.fr/fileadmin/AlLoCA/Logos/LOGO_ARS_ACAL_RVB.jpg | **Fiche de signalement et de renseignements cliniques**  **cas suspect de chikungunya ou de dengue ou de zika**  **Surveillance renforcée en région Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine –**  **1er mai au 30 novembre 2016** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche de signalement et de renseignements cliniques** :   * à compléter par le médecin prescripteur et le laboratoire préleveur * à joindre aux prélèvements envoyés aux laboratoires réalisant les diagnostics * **à envoyer sans délai à l’ARS ACAL – Délégation territoriale d'Alsace** :   ** 03 59 81 37 19**  **@** [**ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr**](mailto:ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr) | **Cas importé** : cas ayant séjourné en zone de circulation connue du ou des virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.  **Cas suspect de chikungunya et de dengue** : cas ayant présenté une fièvre > à 38,5°C d’apparition brutale et au moins un signe parmi les suivants : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, ou douleur rétro-orbitaire, sans autre point d’appel infectieux.  **Cas suspect de zika** : cas ayant présenté une éruption cutanée à type d’exanthème avec ou sans fièvre même modérée et au moins deux signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgies, myalgies, en l’absence d’autres étiologies. |
| **Il convient de toujours demander les 3 diagnostics CHIKUNGUNYA, DENGUE et ZIKA** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MEDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE DECLARANT** | |
| Nom : …………………………………………………………………………….…  Hôpital - Service / LABM : ………………………………………………………..  Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  Fax : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  Mél : …………………………………………………………………………………  Date de signalement : \_ \_ / \_ \_ / 2016 | | | Cachet : |
|  | **PATIENT** | |
| Nom : …………………………………………… Prénom : …………………………………….  Nom de jeune fille : …………………………… Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Sexe :  H  F  Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………….  Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : …………………………………………………………  Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | |
|  | **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** | |
| **Date de début des signes (DDS)** : \_ \_ / \_ \_ / 2016  Fièvre> 38°5  Céphalée(s)  Arthralgie(s)  Myalgie(s)  Lombalgie(s)  Douleurs rétro-orbitaires  Asthénie  Hyperhémie conjonctivale  Eruption cutanée  Œdème des extrémités  Signe(s) neurologique(s), spécifiez : ………………………………………………………………………………………………...…  Autre, spécifiez : ………………………………………………………………………………………………………………….………  **Patiente enceinte (au moment des signes)**?  OUI  NON  NSP Si oui, semaines d’aménorrhée : \_ \_  **Voyage dans les 15 jours précédant la DDS**?  OUI  NON  NSP  Si OUI : dans quel(s) pays, DOM ou collectivité d’outremer ? ………………………………………………………………………………..…..  Date de retour dans le département : \_ \_ / \_ \_ / 2016  **Cas dans l’entourage**?  OUI  NON  NSP | | |
|  | **PRELEVEMENT(S)** | |
| RT-PCR sang Si ≤ 7j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2016  RT-PCR urines (pour zika) Si ≤ 10j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2016  RT-PCR autre (précisez : …………………………….) Date : \_ \_ / \_ \_ / 2016  sérologie Si ≥ 5j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2016 | | |

Veuillez préciser si le patient  s’oppose ou  ne s’oppose pas à l’utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus.

*Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés, le patient est informé de son droit d’accès aux informations qui le concernent en s’adressant à son médecin ou au médecin de son choix, qui seront alors ses intermédiaires auprès de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le patient peut également faire connaître son refus de participation à la surveillance à son médecin qui effectuera la démarche auprès de l’InVS. (Articles 26, 27, 34 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Pour toutes informations, contacter la Cellule de l’InVS en région (Cire)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MODALITES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE** |

Recherche des diagnostics chikungunya, dengue et zika simultanément dans le cadre de la surveillance renforcée, même si le diagnostic est plus orienté vers une des 3 pathologies.



|  |  |
| --- | --- |
|  | **ACTES INSCRITS A LA NOMENCLATURE** |

RT-PCR et sérologie chikungunya / RT-PCR et sérologie dengue / RT-PCR et sérologie zika

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONDITIONS DE TRANSPORTS DES PRELEVEMENTS** |

Le cas suspect peut être prélevé dans tout LABM ou laboratoire hospitalier pour la sérologie et la RT-PCR. Ces laboratoires s’assurent ensuite de l’acheminement des prélèvements vers les laboratoires réalisant le diagnostic sérologique et la RT-PCR, dans les plus brefs délais et dans les conditions décrites dans le tableau ci-dessous. Le CNR peut dans certains cas réaliser en seconde intention des analyses complémentaires.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prélèvement** | **Tube (1x5 ml)** | **Analyses** | | **Acheminement** |
| **Sérologie** | **RT-PCR** |  |
| Sang total | EDTA | X | X | +4°C |
| Sérum | Sec | X | X | +4°C |
| Plasma | EDTA | X | X | +4°C |
| Urines | Tube étanche |  | X | +4°C |

Les prélèvements doivent être envoyés avec cette fiche (signalement et renseignements cliniques).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **COORDONNEES** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **plateforme régionale de réception des signaux** | | |
| http://www.intranet.ars.sante.fr/fileadmin/AlLoCA/Logos/LOGO_ARS_ACAL_RVB.jpg | Tél : 03 88 88 93 33  Fax : 03 59 81 37 19  Mél : [ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr](mailto:ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr) | **ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine**  **Délégation territoriale d'Alsace** 14, rue du Maréchal Juin  67084 STRASBOURG Cedex |

|  |  |
| --- | --- |
| **CIRE ACAL**  Tél : 03 83 39 29 43 / Fax : 03 83 39 28 95  [ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr](mailto:ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr) | **CNR DES ARBOVIRUS**  Tél : 04 91 61 79 10 / Fax : 04 91 61 75 53  [cnrarbovirus@irba.fr](mailto:cnrarbovirus@irba.fr) |