Critères de notification		Polynésie française Ministère chargé de la santé Direction de la santé
Tous les cas suspects de variole sont à signaler immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie…) au médecin de l'ARS avant confirmation ou envoie de cette fiche. Pour les autres, orthopoxviroses, seuls les cas confirmés ou probables (voir définitions ci-dessous) sont à signaler Orthopoxviroses autre que la variole : - Cas confirmé : signes cliniques évocateurs et confirmation biologique ou histopathologique. - Cas probable : signes cliniques évocateurs et lien épidémiologique avec un cas confirmé	**Important :** Cette maladie doit faire l'objet **d'un signalement immédiat** au médecin désigné de la Direction de la santé, par tout moyen approprié (tél, fax…), en plus de l'envoi de la présente notification.	Maladie à déclaration obligatoire **ORTHOPOXVIROSES** **DONT LA VARIOLE**

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**Médecin de la Direction de la santé**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :	Date d'enregistrement Nom, tampon et signature :

Nom : …………………………………… Prénom : …………………………………… Sexe : ❑ M ❑ F DDN | | | | | | | | | Numéro DN | | | | | | | | |

Date de notification | | | | | | | | | Code d'anonymat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *(à remplir par la DS)*

Date de notification | | | | | | | | | Code d'anonymat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *(à remplir par la DS)*

Sexe : ❑ M ❑ F Age : | | ans ou | | mois Commune de résidence : …………………………………… Ile / Pays ……………………………………………

Confirmation biologique du diagnostic : ❑ Oui ❑ Non

- Technique utilisée : ❑ PCR ❑ microscopie électronique
- Diagnostic d'espèce : ❑ variole ❑ cowpox ❑ monkeypox ❑ autre orthopoxvirose, préciser : ……………………………………
  ❑ Diagnostic d'espèce non réalisé
- Site du prélèvement : ❑ lésion cutanée ❑ énanthème buccal
  ❑ Prélèvement sanguin ❑ examen post-mortem ❑ autre, préciser : ……………………………………………

La souche a-t-elle été envoyée à un laboratoire expert des Orthopoxvirus : ❑ oui ❑ non Nom du laboratoire : ……………………………………………

Date de début des signes cliniques | | | | | | | | |

Hospitalisation : ❑ oui ❑ non Si oui, date d'hospitalisation | | | | | | | | | Lieu d'hospitalisation : ……………………………………………

Evolution : ❑ guérison ❑ en cours ❑ décès ❑ séquelles, préciser : ……………………………………………………………………

Origine possible de la contamination

❑ Contact avec au moins 1 cas humain d'orthopoxvirose : ❑ oui, cas confirmé(s) ❑ oui, cas suspecté(s) ❑ non ❑ ne sait pas

Si contact avec au moins 1 cas d'orthopoxvirose confirmé biologiquement, nature de l'orthopoxvirose :

❑ Variole ❑ autre orthopoxvirose, préciser : ……………………………………………………………………………

Si oui, date ou période de contact dans les trois semaines précédant les premiers signes : | | | | | | | | | à | | | | | | | | |

❑ Laboratoire biologique/recherche

❑ Séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines Si oui, pays : …………………………………………… Date de retour : | | | | | | | | |

❑ Contact avec un animal infecté Si oui, espèce animale concernée : ……………………………………………………………

L'orthopoxvirose animale était-elle : ❑ suspectée ❑ confirmée

Le patient exerce-t-il une profession médicale ou paramédicale : ❑ oui ❑ non Si oui, laquelle : ……………………………………………

Vaccination antivariolique du patient

Avant 1984 : ❑ oui ❑ non ❑ ne sait pas Si oui, nombre de dose | | | ❑ ne sait pas

Année de la dernière dose | | | | | ❑ ne sait pas

Après 2002 : ❑ oui ❑ non Date | | | | | | | | |

Contexte de la vaccination : ❑ contact d'un cas ❑ contact d'un contact ❑ autre, préciser : ……………………………………………………

Si contact d'un cas, délai en jours entre premier contact avec le cas index en phase symptomatique et vaccination | | |

Mesures de contrôle (variole)

Isolement du malade : ❑ oui ❑ non Si oui, date du début d'isolement | | | | | | | | |

Nombre de sujets contacts identifiés | | | Nombre de sujets contacts vaccinés | | | ❑ ne sait pas

Nombre de sujets contacts vaccinés dans les 4 jours suivant le premier contact avec le cas index en phase symptomatique | | | ❑ ne sait pas

---

Autres cas dans l'entourage (suspectés ou confirmés) : ❑ oui* ❑ non ❑ ne sait pas Si oui, nombre (si < 10) | | | ❑ 10 ou plus

* Remplir une fiche pour chaque cas suspecté ou confirmé