

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

Maladies à déclaration obligatoire	<b>cerfa</b> 12554*02
<b>Rougeole</b>	

**Important : tout cas de rougeole, clinique ou confirmé, doit être signalé immédiatement au moyen de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) 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 (jj/mm/aaaa) :

Code d'anonymat :  (À établir par la Ddass) Date de la notification :

Code d'anonymat :  (À établir par la Ddass) Date de la notification :

Sexe :  M  F Date de naissance :  Code postal du domicile du patient :

**Signes cliniques :**

Date du début de l'éruption :  Fièvre  $\geq 38,5^\circ\text{C}$  :  oui  non

Exanthème maculo-papuleux :  oui  non

Généralisé :  oui  non

Durée de 3 jours ou plus :  oui  non  ne sait pas

Toux :  oui  non

Coryza :  oui  non

Conjonctivite :  oui  non

Présence du signe de Koplik :  oui  non

<b>Rougeole</b>
<b>Critères de notification</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cas clinique</b> : fièvre <math>\geq 38,5^\circ\text{C}</math> associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.</li> <li>• <b>Cas confirmé</b> :           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- cas clinique ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé.</li> </ul> </li> </ul> <p><small>* en l'absence de vaccination récente</small></p>

Hospitalisation :  oui  non si oui, date de l'hospitalisation :  Lieu de l'hospitalisation : .....

Complications :  oui  non si oui :  encéphalite  pneumopathie  autres (préciser) : .....

Évolution (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 :  positif  négatif  en cours Date du premier prélèvement :

Date du dernier prélèvement :

PCR Spécimen : .....  positif  négatif  en cours Date du prélèvement :

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, la Ddass peut-elle authentifier que ce contact était un cas confirmé ?  oui  non (information à renseigner par la Ddass)

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

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

**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 : .....

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