

Rougeole

Définition de cas :

Cas clinique : fièvre $\geq 38,5$ °C associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Köplik.

Cas confirmé :

- confirmation biologique (détection d'IgM spécifiques^① dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG^① 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.
① en l'absence de vaccination récente

Important: cette maladie peut justifier une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Tout cas répondant aux critères de signalement doit être signalé immédiatement, sans attendre une confirmation biologique, par tout moyen approprié (téléphone, télécopie, email...) aux personnels habilités de l'agence régionale de santé. **Cette maladie visant à être éliminée en France, toute forme clinique doit bénéficier d'une confirmation biologique**



N° 12554*04
du 22/04/2026

Identification

***Données obligatoires**

Patient

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* : ___/___/___ Téléphone :

Courriel :@.....

(parties grisées à cacher lors de l'envoi à Santé publique France)

Tierce personne

Représentant légal (obligatoire pour les mineurs)
 Personne de confiance, si l'état clinique du patient ne lui permet pas de répondre à l'investigation de l'ARS

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :@.....

Sexe* : F M I Année de naissance : _____ Age : _____ Précisez ans mois (si < 2 ans) jours (si < 1 mois)

Code postal du domicile* : _____ Pays si patient résidant à l'étranger :

Le patient (ou le tiers) est-il informé du diagnostic* ? : oui non nsp

L'état clinique du patient lui permet-il de répondre à l'investigation ? : oui non nsp

Code d'anonymat (à remplir par l'ARS) : _____/_____/_____/_____ Date de signalement* : ___/___/_____

Clinique

Date de 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

Signe de Köplik : oui non

Facteurs de risque : non femme enceinte immunodépression nourrisson < 1 an Autre :

Critères de gravité :

Complications non Encéphalite Pneumopathie Autre, précisez :

Hospitalisation : oui non Si oui, date : ___/___/_____ Lieu de l'hospitalisation :

Réanimation : oui non Si oui, date : ___/___/_____

Évolution* : Guérison Encore malade Décès : oui non Si oui, date : ___/___/_____

Biologie En cours Non fait

Test	Nature du prélèvement	Date*	Positif	Négatif
RT-PCR	Oro-pharynx	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kit salivaire (Oracol®)	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre :	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgM	Sang	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kit salivaire (Oracol®)	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG	Sang	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kit salivaire (Oracol®)	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Envoi prélèvements au CNR :

Kit salivaire (Oracol®) : oui non
Autres prélèvements (à compléter par le biologiste ou l'ARS) : oui non

Date d'envoi : ___/___/_____

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

Nombre : ___

Séroconversion, ascension des IgG : oui non Date 1^{er} prélèvement : ___/___/_____ Date dernier prélèvement : ___/___/_____

Exposition(s) à risque Le cas fréquente-t-il une collectivité accueillant des sujets à risque de rougeole grave :

Accueil petite enfance Milieu de soin Autre, précisez :

Présence de sujet à risque de rougeole grave dans l'entourage du cas (femme enceinte, immunodéprimé, nourrisson) : oui non

Administration d'immunoglobulines aux contacts à risque de rougeole grave : oui non Si oui, nombre : ___

Administration dans les 72 heures suivant le 1^{er} contact du vaccin ROR aux personnes contact : oui non Si oui, nombre : ___

Lieux et circonstances de l'exposition dans les 7 à 18 jours avant la date de l'éruption :

Séjour à l'étranger* : oui non nsp si oui, pays :

Contact avec un cas de rougeole : oui non nsp Si oui, lieu : Famille Collectivité Milieu de soin Précisez :

Existence d'autres cas dans l'entourage : oui non Si oui, lieu : Famille Collectivité Milieu de soin Précisez :

Si oui, notion de séjour à l'étranger pour les autres cas : oui non nsp Si oui, précisez le(s) pays :

Statut vaccinal*

Nombre total de doses reçues : 0 1 2 3 inconnu Dates : 1^{ère} dose : ___/___/_____ 2^{ème} dose : ___/___/_____ 3^{ème} dose : ___/___/_____

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

Médecin prescripteur / Signalant¹ (ou tampon)

Nom / RPPS : _____
Lieux d'exercice : _____
Adresse : _____
Téléphone : ___/___/___/___/___
Courriel :@.....

Biologiste² (ou tampon)

Nom / RPPS : _____
LBM / Finess : _____
Adresse : _____
Téléphone : ___/___/___/___/___
Courriel :@.....

ARS (tampon)

¹ A remplir par le Médecin prescripteur et à compléter éventuellement par le Biologiste ² A remplir par le biologiste et à compléter éventuellement par le médecin prescripteur
Maladies à signalement obligatoire (Art L.3113-1, R3113-1 et suivants du Code de la santé publique) – Le déclarant a l'obligation d'informer le patient que les données collectées seront susceptibles d'être transmises de manière dématérialisée au système d'information mentionné à l'art. D1413-58 et s. du CSP, et qu'il dispose de droits qu'il peut exercer auprès du délégué à la protection des données de l'ARS ou de Santé publique France.