

Chikungunya



N° 12685*03
du 22/04/2026

Définition de cas : déclaration à effectuer pour les cas importés ou autochtones

Fièvre >38,5 °C de début brutal

ET douleurs articulaires invalidantes ⁽¹⁾

ET confirmation biologique IgM positive ou PCR positive ou séroconversion.

⁽¹⁾Tableau clinique typique, autres formes possibles

Important: cette maladie peut justifier une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Tout cas répondant aux critères de signalement doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie, email,...) aux personnels habilités de l'agence régionale de santé.

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* : ___/___/___

Biologie

Test	Nature du prélèvement	Date	Positif	Négatif	Non fait	Séro-conversion	Multiplication par 4
RT-PCR	Sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
	Autre.....	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
IgM	Sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-
IgG	Sang	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinique

Date des premiers signes cliniques : ___/___/___

Fièvre : oui non nsp

Douleurs articulaires : oui non nsp

Évolution

Hospitalisation : oui non nsp

Réanimation : oui non nsp

Décès : oui non nsp

Exposition(s) à risque dans les 15 jours précédant les premiers signes cliniques (plusieurs réponses possibles)

Séjour à l'étranger / dans un territoire ultramarin : oui non nsp

si oui, précisez-le(s) pays/territoire(s) : Date de retour : ___/___/___

Séjour dans un département hors du département de résidence : oui non nsp

si oui, précisez-le(s) département(s) : Date de retour : ___/___/___

Déplacement dans les 7 jours après la date de début des signes cliniques (période virémique)

Séjour dans un département hors du département de résidence : oui non nsp

si oui, précisez-le(s) département(s) : Date de retour : ___/___/___

Existence d'autres cas dans l'entourage : oui non nsp

Antécédents

Vaccination Chikungunya : oui non nsp

Année : _____

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.