

Dengue

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

Fièvre >38,5 °C de début brutal

ET au moins un signe algique (myalgies ± arthralgies ± céphalées ± lombalgies ± douleurs rétro-orbitaire) ⁽¹⁾

ET au moins un des critères biologiques suivants :

RT-PCR ou test NS 1 ou IgM positifs

ou séroconversion

ou augmentation x4 des IgG sur deux prélèvements distants

⁽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.



N° 12686*03
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 nspL'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"/>	-	-
NS1	Sang	___/___/_____	<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"/>

Sérotype : DEN1 DEN2 DEN3 DEN4 Inconnu/non fait

Clinique

Date des premiers signes cliniques : ___/___/_____

Fièvre > 38,5° C : oui non nspSignes algiques (myalgies, arthralgies, céphalées...): oui non nsp

Évolution

Hospitalisation : oui non nspRéanimation : oui non nspDécès : 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 dengue : oui non nsp Année : _____Vaccination autre flavivirus (TBE, encéphalite japonaise, fièvre jaune) : oui non nspAntécédent d'infection par le virus de la dengue : oui non nspAntécédent d'infection par un autre flavivirus (dengue, Zika, West Nile, TBE, encéphalite japonaise, fièvre jaune, Usutu) : oui non nspMédecin prescripteur / Signalant¹ (ou tampon)

Nom / RPPS :

Lieux d'exercice :

Adresse :

Téléphone : ___/___/___/___/___

Courriel :@.....

Biologiste² (ou tampon)

Nom / RPPS :

LBM / Finess :

Adresse :

Téléphone : ___/___/___/___/___

Courriel :@.....

ARS (tampon)