


<p>Zika</p>  <p>N° 15550*02 du 22/04/2026</p>	<p>Définition de cas : déclaration à effectuer pour les cas importés ou autochtones</p> <p>RT-PCR Zika positive sur sang, urine ou autre prélèvement (liquide cérébro-spinal, liquide amniotique, produits d'avortement...) ou sérologie positive IgM anti-Zika ou séroconversion ou multiplication par 4 du titre des IgG spécifiques</p>	<p>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.</p>
--	---	---

<p>Identification</p> <p>Patient</p> <p>Nom* : Prénom* : Date de naissance* : ___/___/____ Téléphone : Courriel :@.....</p> <p align="center"><i>(parties grisées à cacher lors de l'envoi à Santé publique France)</i></p> <p>Sexe* : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> I Année de naissance : _____ Age : _____ Précisez <input type="checkbox"/> ans <input type="checkbox"/> mois (si < 2 ans) <input type="checkbox"/> jours (si < 1 mois)</p> <p>Code postal du domicile* : _____ Pays si patient résidant à l'étranger :</p> <p>Le patient (ou le tiers) est-il informé du diagnostic* ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nsp</p> <p>L'état clinique du patient lui permet-il de répondre à l'investigation ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> nsp</p> <p>Code d'anonymat (à remplir par l'ARS) : _____/_____/_____/_____ Date de signalement* : ___/___/_____</p>	<p>*Données obligatoires</p> <p>Tierce personne <input type="checkbox"/> Représentant légal (obligatoire pour les mineurs) <input type="checkbox"/> Personne de confiance, si l'état clinique du patient ne lui permet pas de répondre à l'investigation de l'ARS</p> <p>Nom : Prénom : Téléphone : Courriel :@.....</p>
---	--

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"/>	-	-
	Autre :	___/___/_____	<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"/>
	Autre :	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Clinique

Présence de signes cliniques : oui non nsp

Si oui : Date de début des signes : ___/___/_____

Forme neuro-invasive (Guillain-Barré, méningite, encéphalite...) : oui non nsp

autres signes (éruption cutanée, fièvre, hyperhémie conjonctivale, œdèmes des extrémités) : oui non nsp

Si femme enceinte, issue de grossesse défavorable (avortement, IVG, anomalies ou malformations..) : 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 : ___/___/_____

Autre(s) exposition(s) : Sexuelle Transfusion Autre(s), précisez :

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 flavivirus (dengue, TBE, encéphalite japonaise, fièvre jaune) : oui non nsp

Antécédent d'infection par un autre flavivirus (dengue, Zika, West Nile, TBE, encéphalite japonaise, fièvre jaune, Usutu) : oui non nsp

<p>Médecin prescripteur / Signalant¹ (ou tampon)</p> <p>Nom / RPPS : Lieux d'exercice : Adresse : Téléphone : ___/___/___/___/___ Courriel :@.....</p>	<p>Biologiste² (ou tampon)</p> <p>Nom / RPPS : LBM / Finess : Adresse : Téléphone : ___/___/___/___/___ Courriel :@.....</p>	<p>ARS (tampon)</p>
--	--	----------------------------

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.