

Infection à Virus West Nile

(ou Virus du Nil Occidental)

N° 16158*02
du 22/04/2026**Définition de cas : déclaration à effectuer pour les cas importés ou autochtones**

RT-PCR positive dans un échantillon biologique

et/ou isolement du WNV par culture dans un échantillon biologique

et/ou détection des IgM anti WNV dans le liquide cérébro-spinal (LCS) ou dans le sérum (ELISA)

et/ou séroconversion ou multiplication par 4 du taux des IgG sur deux prélèvements consécutifs

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****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 :@.....

***Données obligatoires**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* : ___/___/_____

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"/>

CliniquePrésence de signes cliniques : oui non nsp

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

Forme neuro-invasive (méningite, encéphalite, paralysie flasque aiguë, polyradiculonévrite, myélite...) : oui non nspautres signes (fièvre, asthénie, céphalées, myalgies, arthralgies, signes gastro-intestinaux, éruption cutanée..) : 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 : ___/___/_____

Autre(s) exposition(s) : Transfusion Transplantation d'organes, tissus, cellules Autre(s), précisez :Existence d'autres cas dans l'entourage : oui non nsp**Antécédents**Vaccination flavivirus (dengue, TBE, encéphalite japonaise, fièvre jaune) : oui non nspAntécédent d'infection par un autre flavivirus (dengue, Zika, West Nile, TBE, encéphalite japonaise, fièvre jaune, Usutu) : oui non nsp**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.