|  |  |
| --- | --- |
|  | **Fiche de renseignements cliniques**  **Dengue / Chikungunya / Zika** |

|  |
| --- |
| **A compléter par le médecin prescripteur et le laboratoire préleveur**  **A joindre aux prélèvements envoyés aux laboratoires réalisant les diagnostics** |
| **Définitions de cas et MODALITES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE au verso**  **demander les 3 diagnostics CHIKUNGUNYA, DENGUE et ZIKA** |
| **En cas de résultats biologiques positifs, envoyer sans délai à l’ARS cette fiche ou une fiche de déclaration obligatoire :  02 34 00 02 89 / @ ars44-alerte@ars.sante.fr** |
| **En cas d’IGM isolées positives, réaliser un 2ème prélèvement distant de 15 jours du 1er**  **pour contrôle** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MEDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE DECLARANT** | |
| Nom : …………………………………………………………………………….…  Hôpital - Service / LABM : ………………………………………………………..  Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Fax : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  Mél : …………………………………………………………………………………  Date de signalement : \_ \_ / \_ \_ / 2021 | | | Cachet : |
|  | **PATIENT** | |
| Nom : …………………………………………… Prénom : …………………………………….  Nom de jeune fille : …………………………… Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Sexe :  H  F  Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : …………………………………………………………  Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ | | |
|  | **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** | |
| **Date de début des signes (DDS)** : \_ \_ / \_ \_ / 2021  Fièvre> 38°5  Céphalée(s)  Arthralgie(s)  Myalgie(s)  Lombalgie(s)  Douleurs rétro-orbitaires  Asthénie  Hyperhémie conjonctivale  Eruption cutanée  Œdème des extrémités  Signe(s) neurologique(s), spécifiez : ………………………………………………………………………………………………...…  Autre, spécifiez : ………………………………………………………………………………………………………………….………  **Patiente enceinte (au moment des signes)**?  OUI  NON  NSP Si oui, semaines d’aménorrhée : \_ \_  **Vaccination contre la fièvre jaune :**  OUI  NON  NSP Date vaccination : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_  **Voyage dans les 15 jours précédant la DDS**?  OUI  NON  NSP  Si OUI : dans quel(s) pays, DOM ou collectivité d’outremer ? ………………………………………………………………………………..…..  Date de retour en Métropole : \_ \_ / \_ \_ / 2021  **Cas dans l’entourage**?  OUI  NON  NSP | | |
|  | **PRELEVEMENT(S)** | |
| RT-PCR sang Si ≤ 7j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2021 Résultat :  positif  négatif  NSP  RT-PCR urines (pour Zika) Si ≤ 10j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2021 Résultat :  positif  négatif  NSP  RT-PCR autre (précisez : …………………………….) Date : \_ \_ / \_ \_ / 2021 Résultat :  positif  négatif  NSP  sérologie Si ≥ 5j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2021 Résultat IgM :  positif  négatif  NSP  Si résultat positif, préciser l’arbovirose : ………………... Résultat IgG :  positif  négatif  NSP | | |

Veuillez préciser si le patient  s’oppose ou  ne s’oppose pas à l’utilisation secondaire des prélèvements et des données collectées à des fins de recherche sur les arbovirus.

*Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés, le patient est informé de son droit d’accès aux informations qui le concernent en s’adressant à son médecin ou au médecin de son choix, qui seront alors ses intermédiaires auprès de Santé publique France. Le patient peut également faire connaître son refus de participation à la surveillance à son médecin qui effectuera la démarche auprès de Santé publique France. (Articles 26, 27, 34 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Pour toutes informations, contacter la Santé publique France Paca-Corse.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DEFINITIONS DE CAS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Dengue** | **Chikungunya** | **Zika** |
| **Cas suspect** | Cas ayant présenté une fièvre > à 38,5°C d’apparition brutale ET au moins un signe parmi les suivants : céphalées, arthralgies, myalgies, lombalgies, ou douleur rétro-orbitaire, sans autre point d’appel infectieux | | Cas ayant présenté une éruption cutanée à type d’exanthème avec ou sans fièvre même modérée et au moins deux signes parmi les suivants : hyperhémie conjonctivale, arthralgies, myalgies, en l’absence de tout autre point d’appel infectieux. |
| **Cas probable** | Cas suspect et IgM + | | |
| **Cas confirmé** | Cas suspect et confirmation biologique :   * RT-PCR + sur sang * RT-PCR + sur urine ou autre prélèvement (liquide cérébro-spinal, liquide amniotique…) pour zika * IgM + et IgG + * NS1 + (dengue) * Augmentation x4 des IgG sur deux prélèvements distants (dengue et zika) | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MODALITES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE** |

Recherche des diagnostics chikungunya, dengue et zika simultanément dans le cadre de la surveillance renforcée, même si le diagnostic est plus orienté vers une des 3 pathologies.



|  |  |
| --- | --- |
|  | **ACTES INSCRITS A LA NOMENCLATURE** |

RT-PCR et sérologie chikungunya, dengue et Zika

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CONDITIONS DE TRANSPORTS DES PRELEVEMENTS** |

Le cas suspect peut être prélevé dans tout LABM ou laboratoire hospitalier pour la sérologie et la RT-PCR. Ces laboratoires s’assurent ensuite de l’acheminement des prélèvements vers les laboratoires réalisant le diagnostic sérologique et la RT-PCR, dans les plus brefs délais et dans les conditions décrites dans le tableau ci-dessous. Le CNR peut dans certains cas réaliser en seconde intention des analyses complémentaires.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prélèvement** | **Tube (1x5 ml)** | **Analyses** | | **Acheminement** |
| **Sérologie** | **RT-PCR** |  |
| Sang total | EDTA | X | X | +4°C |
| Sérum | Sec | X | X | +4°C |
| Plasma | EDTA | X | X | +4°C |
| Urines | Tube étanche |  | X | +4°C |

Les prélèvements doivent être envoyés avec cette fiche (signalement et renseignements cliniques).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **COORDONNEES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Point FOCAL REGIONAL** | | | |
|  | Tél : 0.800.277.303  Fax : 02.34.00.02.89  Mél : ars44-alerte@ars.sante.fr | **ARS PDL**  17 Boulevard Gaston Doumergue  44000 Nantes |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SANTE PUBLIQUE FRANCE – PAYS DE LA LOIRE** | **CNR DES ARBOVIRUS** |  |
| [paysdelaloire@santepubliquefrance.fr](mailto:paysdelaloire@santepubliquefrance.fr) | Tél : 04 13 73 21 81  Fax : 04 13 73 21 82  cnr-arbovirus.u1207@inserm.fr | Adresse d’expédition :  CNR des ARBOVIRUS  IHU Méditerranée-Infection  1er étage – Laboratoire 114  19-21 Boulevard Jean Moulin  13005 Marseille |
|  | [http://www.cnr-arbovirus.fr/](http://www.cnr-arbovirus.fr/www/) | |