


République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	Nom du clinicien :
Hôpital/service :	Hôpital/service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télocopie :	Télocopie :
Signature :	

Maladie déclaration obligatoire

Infection à Virus West-Nile
(ou Virus du Nil Occidental)


N°161155*01

Important : cette maladie peut justifier une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Tout cas confirmé ou probable doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin de l'ARS.

Initiale du nom : [] Prénom : Sexe : M F
Code d'anonymat : []
(A établir par l'ARS)

Date de naissance : []
Date de la notification : []

Code d'anonymat : []
(A établir par l'ARS)

Sexe : M F Année de naissance : []

Date de la notification : []
 Code postal du domicile du patient : []

Clinique :
 Présence de signes cliniques oui non ne sait pas
 Si oui : Date de début des signes / ___/___/____/

Formes cliniques :

<input type="checkbox"/> <u>Forme Neuro-invasive</u>	<input type="checkbox"/> <u>Syndrome infectieux non neurologique</u>
<input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Encéphalite <input type="checkbox"/> Paralyse flasque aiguë <input type="checkbox"/> Polyradiculonévrite <input type="checkbox"/> Myélite <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> Asthénie <input type="checkbox"/> Arthralgies <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Signes gastro-intestinaux <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Eruption cutanée transitoire <input type="checkbox"/> Myalgies

Hospitalisation : oui non NSP si oui du /___/___/___/ / au /___/___/___/

Evolution au moment de la déclaration :

Evolution en cours Guérison sans séquelles Séquelles
 Décès Si oui date de décès /___/___/____/

Infection à virus West Nile (WNV)

Critères de notification :

□ Cas confirmé :

- . Détection du génome viral dans un échantillon biologique.
- . Isolement du WNV par culture dans un échantillon biologique.
- . Détection des IgM anti WNV dans le liquide cérébro-spinal (LCS).
- . Séroconversion ou multiplication par 4 du taux des IgG confirmés par séroneutralisation.

□ Cas probable :

- . Détection des IgM dans le sérum (ELISA).
- . Séroconversion ou multiplication par 4 du taux des IgG sur deux prélèvements consécutifs.

Confirmation biologique :

Type d'examen	Liquide biologique	Date prélèvement	Positif	Négatif	Séro-conversion	Multiplication IgG par 4	Date 2 nd prélèvement
RT-PCR	<input type="checkbox"/> LCS	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> Sang	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> Urine	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> Autre	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Isolement- Culture	<input type="checkbox"/> préciser	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> LCS	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/___/___/____/
Sérologie IgM	<input type="checkbox"/> Sang	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/___/___/____/
	<input type="checkbox"/> LCS	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/___/___/____/
Sérologie IgG	<input type="checkbox"/> LCS	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/___/___/____/
	<input type="checkbox"/> Sang	/___/___/____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/___/___/____/

Contexte épidémiologique et expositions :

Exposition dans les 14 jours avant la date de début des signes (plusieurs réponses possibles) :

Séjour à l'étranger : oui non NSP Précisez le(s) pays : date de retour /___/___/____/

Séjour en France hors du département de résidence oui non NSP Précisez le(s) département(s) : date de retour /___/___/____/

Actes médicaux : transfusion transplantation d'organes

Date et établissement de réalisation des actes médicaux :

Autre(s) exposition(s) (Accident d'exposition à un liquide biologique...) : Préciser.....

Antécédents vaccinaux et date de dernière injection :

Vaccination TBE /___/___/____/

Vaccination Fièvre jaune /___/___/____/

Vaccination Encéphalite japonaise /___/___/____/

Antécédents d'infection par un autre flavivirus (dengue, Zika, encéphalite japonaise, TBE, fièvre jaune, Usutu...) :

oui non NSP si oui précisez :

Année de survenue : /____/

Autre(s) cas dans l'entourage (Remplir une fiche pour chaque cas) : oui non ne sait pas Si oui, combien de cas :

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	ARS (signature et tampon)
Nom :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service :	Hôpital/service :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Télocopie :	Télocopie :	
Signature :		