|  |  |
| --- | --- |
| http://www.intranet.ars.sante.fr/fileadmin/AlLoCA/Logos/LOGO_ARS_ACAL_RVB.jpg | **Fiche de signalement et de renseignements cliniques****cas suspect de chikungunya ou de dengue ou de zika****Surveillance renforcée en région Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine –****1er mai au 30 novembre 2016** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fiche de signalement et de renseignements cliniques** :* à compléter par le médecin prescripteur et le laboratoire préleveur
* à joindre aux prélèvements envoyés aux laboratoires réalisant les diagnostics
* **à envoyer sans délai à l’ARS ACAL – Délégation territoriale d'Alsace** :

** 03 59 81 37 19** **@** **ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr** | **Cas importé** : cas ayant séjourné en zone de circulation connue du ou des virus dans les 15 jours précédant le début des symptômes.**Cas suspect de chikungunya et de dengue** : 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 suspect de zika** : 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 d’autres étiologies. |
| **Il convient de toujours demander les 3 diagnostics CHIKUNGUNYA, DENGUE et ZIKA** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **MEDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE DECLARANT** |
| Nom : …………………………………………………………………………….…Hôpital - Service / LABM : ………………………………………………………..Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Fax : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Mél : …………………………………………………………………………………Date de signalement : \_ \_ / \_ \_ / 2016 | Cachet : |
|  | **PATIENT** |
| Nom : …………………………………………… Prénom : ……………………………………. Nom de jeune fille : …………………………… Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Sexe : [ ]  H [ ]  FAdresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………….Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : ………………………………………………………… Téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Portable : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ |
|  | **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES** |
| **Date de début des signes (DDS)** : \_ \_ / \_ \_ / 2016 [ ]  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 : \_ \_ **Voyage dans les 15 jours précédant la DDS**? [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  NSPSi OUI : dans quel(s) pays, DOM ou collectivité d’outremer ? ………………………………………………………………………………..….. Date de retour dans le département : \_ \_ / \_ \_ / 2016**Cas dans l’entourage**? [ ]  OUI [ ]  NON [ ]  NSP  |
|  | **PRELEVEMENT(S)** |
| **[ ]**  RT-PCR sang Si ≤ 7j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2016**[ ]**  RT-PCR urines (pour zika) Si ≤ 10j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2016**[ ]**  RT-PCR autre (précisez : …………………………….) Date : \_ \_ / \_ \_ / 2016**[ ]**  sérologie Si ≥ 5j après DDS Date : \_ \_ / \_ \_ / 2016 |

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 l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le patient peut également faire connaître son refus de participation à la surveillance à son médecin qui effectuera la démarche auprès de l’InVS. (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 Cellule de l’InVS en région (Cire)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 / RT-PCR et sérologie dengue / RT-PCR et sérologie 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** |

|  |
| --- |
| **plateforme régionale de réception des signaux** |
| http://www.intranet.ars.sante.fr/fileadmin/AlLoCA/Logos/LOGO_ARS_ACAL_RVB.jpg | Tél : 03 88 88 93 33Fax : 03 59 81 37 19Mél : ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr | **ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine** **Délégation territoriale d'Alsace**14, rue du Maréchal Juin 67084 STRASBOURG Cedex |

|  |  |
| --- | --- |
| **CIRE ACAL**Tél : 03 83 39 29 43 / Fax : 03 83 39 28 95ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr |  **CNR DES ARBOVIRUS**Tél : 04 91 61 79 10 / Fax : 04 91 61 75 53cnrarbovirus@irba.fr |