République française

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

Maladie déclaration obligatoire

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

cerfa 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 Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Code d'anonymat : |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| **Date de la notification :** |__|__|__|__|__|__|__|__|

(A établir par l'ARS)

Code d'anonymat : |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| **Date de la notification :** |__|__|__|__|__|__|__|__|

(A établir par l'ARS)

Sexe : ☐ M ☐ F Année de naissance : |__|__|__|__| 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 :

❑ Forme Neuro-invasive
- ❑ Méningite
- ❑ Encéphalite
- ❑ Paralysie flasque aigue
- ❑ Polyradiculonévrite
- ❑ Myélite
- ❑ Autre, précisez : ……

❑ Syndrome infectieux non neurologique
- ❑ Asthénie
- ❑ Fièvre
- ❑ Céphalées
- ❑ Myalgies
- ❑ Arthralgies
- ❑ Signes gastro-intestinaux
- ❑ Eruption cutanée transitoire

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 2nd prélèvement
RT-PCR	❑ LCS	/___/___/_____/	❑	❑			
	❑ Sang	/___/___/_____/	❑	❑			
	❑ Urine	/___/___/_____/	❑	❑			
	❑ Autre :…….	/___/___/_____/	❑	❑			
Isolement- Culture	❑ préciser :……..	/___/___/_____/	❑	❑			
Sérologie IgM	❑ LCS	/___/___/_____/	❑	❑	❑		/___/___/_____/
	❑ Sang	/___/___/_____/	❑	❑	❑		/___/___/_____/
Sérologie IgG	❑ LCS	/___/___/_____/	❑	❑	❑	❑	/___/___/_____/
	❑ Sang	/___/___/_____/	❑	❑	❑	❑	/___/___/_____/

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 :		
Adresse :	Hôpital/service :	
Téléphone :	Adresse :	
Télécopie :	Téléphone :	
Signature :	Télécopie :	