

### 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 ARA au Point Focal  
Régional : ☎ : 04 72 34 41 27 ☎ : 0810 22 42 62  
@ : [ars69-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars69-alerte@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 d'infection à virus 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 : \_\_/\_\_/2018

Cachet :

### PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  H  F  
Adresse : .....  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : .....  
Téléphone : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ / \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ / \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Date de début des signes (DDS) : \_\_/\_\_/2018

- 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 : \_\_/\_\_/2018

Cas dans l'entourage ?  OUI  NON  NSP

### PRELEVEMENT(S)

- RT-PCR sang Si ≤ 7j après DDS Date : \_\_/\_\_/2018  
 RT-PCR urines (pour zika) Si ≤ 10j après DDS Date : \_\_/\_\_/2018  
 RT-PCR autre (précisez : ..... ) Date : \_\_/\_\_/2018  
 sérologie Si ≥ 5j après DDS Date : \_\_/\_\_/2018

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 Cire Auvergne-Rhône-Alpes.

## 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.

	DDS*	J+1	J+2	J+3	J+4	J+5	J+6	J+7	J+8	J+9	J+10	J+11	J+12	J+13	J+14	J+15	...
RT-PCR sur sang (chik-dengue-zika)																	
RT-PCR sur urines (zika)																	
Sérologie (IgM-IgG) (chik-dengue-zika)																	

\* Date de début des signes  
Analyse à prescrire

## 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).

## EN CAS DE SUSPICION DE FIEVRE JAUNE

Une [fiche de déclaration obligatoire](#) est à utiliser **pour tout cas suspect de fièvre jaune** : « toute personne non vaccinée en provenance d'une zone de circulation de la fièvre jaune depuis moins de 6 jours avant l'apparition des premiers symptômes, présentant un tableau clinique évocateur de fièvre jaune ».

L'évocation de ce diagnostic ne dispense pas d'une recherche concomitante des virus de la dengue, du chikungunya et du zika dont le signalement est à transmettre à l'aide de cette fiche de signalement.

Le CNR des arbovirus est le seul laboratoire en France métropolitaine à réaliser le diagnostic de fièvre jaune.

La [liste des pays à risque et des recommandations de vaccination](#) est disponible sur le site de l'OMS et des cartes sont à disposition sur les sites des [CDC](#) et de l'[ECDC](#) (épidémie Brésil 2018).

## COORDONNEES

### PLATEFORME REGIONALE DE RECEPTION DES SIGNAUX



Tél : 0810 22 42 62  
Fax : 04 72 34 41 27  
Mél : [ars69-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars69-alerte@ars.sante.fr)

**ARS Auvergne-Rhône-Alpes**  
241 rue Garibaldi  
CS 93383  
69418 Lyon Cedex 03

### CIRE Auvergne-Rhône Alpes

Tél : 04 72 34 31 15  
[cire-ara@santepubliquefrance.fr](mailto:cire-ara@santepubliquefrance.fr)

### CNR DES ARBOVIRUS

Tél : 04 91 61 79 10 / Fax : 04 91 61 75 53  
[mgalla.irba@gmail.com/gildagrard.irba@gmail.com](mailto:mgalla.irba@gmail.com/gildagrard.irba@gmail.com)