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

cerfa

Rougeole

Important : tout cas de rougeole, clinique ou confirmé, doit être signalé immédiatement au moyen de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie…) sans attendre les résultats biologiques. Cette maladie visant à être éliminée en France, toute forme clinique devrait bénéficier d'un test biologique qui seul permettra d'affirmer le diagnostic.

Initiale du nom : ☐ Prénom : ..... Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance *(jj/mm/aaaa)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(Sera établi par la Ddass)

Code d'anonymat : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ **Date de la notification :** ☐☐☐☐☐☐☐☐

(Sera établi par la Ddass)

Sexe : ☐ M ☐ F Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Code postal du domicile du patient : ☐☐☐☐☐

Signes cliniques

Date du début de l'éruption : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Fièvre ≥ 38,5°C : ☐ oui ☐ non

Exanthème maculo-papuleux : ☐ oui ☐ non

Généralisé : ☐ oui ☐ non

Durée de 3 jours ou plus : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Toux : ☐ oui ☐ non

Coryza : ☐ oui ☐ non

Conjonctivite : ☐ oui ☐ non

Présence du signe de Koplik : ☐ oui ☐ non

Rougeole

Critères de notification

- *Cas clinique* : fièvre ≥ 38,5°C associée à une éruption maculo-papuleuse et à au moins un des signes suivants : conjonctivite, coryza, toux, signe de Koplik.
- *Cas confirmé* :
  - cas confirmé biologiquement (détection d'IgM spécifiques* dans la salive ou le sérum et/ou séroconversion ou élévation de quatre fois au moins du titre des IgG* et/ou PCR positive et/ou culture positive)

ou

  - cas clinique ayant été en contact dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption avec un cas confirmé.

* en l'absence de vaccination récente

Hospitalisation : ☐ oui ☐ non Si oui, date de l'hospitalisation : ☐☐☐☐☐☐☐☐ Lieu de l'hospitalisation : .....

Complications : ☐ oui ☐ non Si oui : ☐ encéphalite ☐ pneumopathie ☐ autres (préciser) : .....

Évolution (à la date de la notification) : ☐ encore malade ☐ guéri ☐ décès Si décès, date : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Confirmation du diagnostic

Confirmation biologique demandée : ☐ oui ☐ non

Si oui,

☐ Recherche d'IgM salivaires : ☐ positif ☐ négatif ☐ en cours Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Recherche d'IgM sériques : ☐ positif ☐ négatif ☐ en cours Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Séroconversion, ascension des IgG : ☐ positif ☐ négatif ☐ en cours Date du dernier prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ PCR Spécimen : ..... ☐ positif ☐ négatif ☐ en cours Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ Isolement du virus Spécimen : ..... ☐ positif ☐ négatif ☐ en cours Date du prélèvement : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Origine possible de la contamination

Séjour à l'étranger dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, Préciser le pays : .....

Contact avec un cas de rougeole 7-18 jours avant le début de l'éruption : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, Lieu : ☐ famille ☐ lieu de garde ☐ école Autres, préciser : .....

Autres cas dans l'entourage : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Si oui, Lieu : ☐ famille ☐ lieu de garde ☐ école Autres, préciser : .....

Antécédents vaccinaux

Le sujet est-il vacciné contre la rougeole ? ☐ oui ☐ non ☐ statut vaccinal inconnu

Si oui : ☐ avec 1 dose ☐ avec 2 doses Date de la dernière dose : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Informations recueillies d'après : ☐ interrogatoire ☐ carnet de santé ou de vaccination/dossier médical

---

Souhaitez-vous recevoir des kits pour prélèvements et envois d'échantillons de salive au CNR (recherche d'IgM / PCR) ? ☐ **oui** ☐ **non**

Si oui, combien : .....

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