

# Fiche de signalement et de renseignements cliniques des cas suspects de chikungunya ou dengue ou zika

Surveillance renforcée du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre 2016  
dans les départements d'implantation du moustique vecteur : 01, 07, 26, 38, 69, 73 de la région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA)

## 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 (Point Focal Régional de réception des signaux) :  
☎ : 04 72 34 41 27  
@ : [ars69-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars69-alerte@ars.sante.fr)  
☎ : 0810 22 42 62

**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 est fortement recommandé de rechercher systématiquement et simultanément 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  F  
Adresse : .....  
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  NSP

Si 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 (pour zika) Précisez : ..... Date : \_\_/\_\_/2016

Sérologie Si ≥ 5j après DDS Date : \_\_/\_\_/2016

**Veillez 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 simultanée des diagnostics chikungunya, dengue et zika 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

Tous les renseignements cliniques et chronologiques prévus dans cette fiche sont indispensables pour réaliser et interpréter les résultats.

## ACTES INSCRITS A LA NOMENCLATURE

RT-PCR et sérologie chikungunya / RT-PCR et sérologie dengue / RT-PCR et sérologie zika sont remboursées par l'assurance maladie en joignant à la prescription cette fiche de renseignements et selon les conditions épidémiologiques, cliniques et de délai prévues par la *décision du 27 mai 2014 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie* (JORF n°0187 Du 14 août 2014 page 13557 texte n°13) et par l'*arrêté du 30 mars 2016 portant modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale* :

- symptomatologie évocatrice chez un patient revenant d'une zone touchée par le virus de la dengue et/ou du chikungunya et/ou du zika
- symptomatologie évocatrice chez un patient se trouvant dans une zone d'activité du moustique vecteur pendant sa période d'activité (du 1<sup>er</sup> mai au 30 novembre dans les départements de métropole où le moustique est implanté).

## 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 de signalement complétée des renseignements cliniques.

## COORDONNEES

### POINT FOCAL REGIONAL 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  
[ars-ara-cire@ars.sante.fr](mailto:ars-ara-cire@ars.sante.fr)

### CNR DES ARBOVIRUS

Tél : 04 91 61 79 10 / Fax : 04 91 61 75 53  
[cnrarbovirus@irba.fr](mailto:cnrarbovirus@irba.fr)