Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 7 mai 2018 relatif à la notification obligatoire des cas de rubéole

NOR: SSAP1808985A

La ministre des solidarités et de la santé.

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 3113-2 et D. 3113-6,

Arrête:

- **Art. 1**er. La notification obligatoire des données individuelles concernant les cas de rubéole est effectuée sur une fiche dont le modèle est annexé au présent arrêté.
- **Art. 2.** Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 7 mai 2018.

Pour la ministre et par délégation : Le directeur général de la santé, J. SALOMON

ANNEXE

Praticien en charge du cas (tampon)				Biologiste ayant confirmé le cas			Rubéole		
Nom, prénom :			Nom, prénom :				Important : Tout cas de rubéole confirmé,		
Hôpital/service:			Hôpital/service:				doit être signalé immédiatement au moyen		
Adresse :	Adresse:			Adresse:				de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie,). Cette maladie visant	
Téléphone :				Téléphone:				à être éliminée en France, toute forme clinique doit bénéficier d'une investigation biologique qui	
Informations ci-dessus à compléter que le déclarant soit le praticien ou le biologiste Signature du déclarant:									
Initiale du nom : Prénom : Sexe : □ M □ F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ///									
Code d'anonymat: Date de la notification : I I I (Sera établi par l'ARS)									
Code d'anonymat :									
Sexe: Date de naissance: //_/ Code postal du domicile du patient: /_/_/_/_/									
Signes Cliniques									
Date du début des signes : /// Exanthème maculo-papuleux : □ oui □ non Fièvre: □ oui □ non									
Adénopathies: 🗅 oui 🗅 non Si oui, préciser localisation : cervicales 🗅 sous-occipitales 🗅 rétro-auriculaires 🗅									
Arthralgies : □ oui □ non Arthrite : □ oui □ non									
Hospitalisation : ☐ oui ☐ non si oui, date d'hospitalisation : /// Lieu de l'hospitalisation :									
Rubéole maternofoetale (dans ce contexte, un questionnaire complémentaire, spécifique, sera adressé au déclarant pour investiguer le cas).									
	ime enceinte : 🚨 c		CONTROL CONTRO		ie (SA) : /		Critères de notificat	ion	
	veau-né ou nourriss							hormis les femmes enceintes) non vaccinée	
Sio	oui, préciser les sign	es cliniques :						de statut vaccinal inconnu, qui présente : apuleuse avec ou sans fièvre ET au moins l'un de	
Confirma	ation biologique						ces symptômes : adéi	nopathies cervicales, sous occipitales ou rétro-	
							auriculaires, ou arthralgie	es ou arthrite osage d'IgM positifs dans la salive ou le sérum	
	Nature des prélèvements	Dates	Positif	Négatif	Séro- conversion	Non faite	OU ayant été en conta jours avant l'éruption.	ct avec un cas de rubéole confirmé dans les 12-23	
RT-PCR	Salive	//					Toute femme enceing	ite ayant reçu moins de 2 doses de vaccin contre	
	Sang	//			-			la rubéole, et qui présente : - une éruption maculo-papuleuse avec ou sans fièvre ET une recherche d'IgM positive sur des prélèvements sanguins	
	Autres:	//					positive sur des prélèven		
IgM	Salive	//			-			n pour la rubéole (à confirmer par le CNR)	
	Sang	//					Syndrome de rubéo Nourrisson < 1 an :	le congénitale (SRC) surdité neurosensorielle ET/OU anomalies oculaires	
	Autres :	//					ET/OU microcéphalie	ET/OU anomalies cardiovasculaires	
IgG	Sang	//						mes manifestations ET/OU méningoencéphalite, e, hépatite, hépatosplénomégalie, purpura, retard de	
	Autres :	//					croissance		
	Avidité des IgG	//	Résultat	:/	Non réalis	93 4595	ET détection du virus dans les urines, les sécrétions pharyngées, le liquide cérébrospinal (LCS) ou le cristallin OU présence d'IgM dans le sérum		
		''	resultat		Nonrealis	,cc u	PCR trouvée positiv	Commence of the Commence of th	
	ents vaccinaux								
Le sujet est-il vacciné contre la rubéole ?									
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 Origine possible de la contamination									
Contact avec un cas de rubéole <u>confirmé</u> 12-23 jours avant le début des signes : □ oui □ non □ ne sait pas									
Si oui, Lieu :									
Autres cas dans l'entourage : oui non ne sait pas									
Si oui, Lieu : ☐ Famille ☐ Lieu de garde ☐ Ecole Autres, préciser :									
Séjour à l'étranger dans les 12-23 jours avant le début de l'éruption : 🔲 oui 🔲 non 🖫 ne sait pas Si oui, préciser le pays :									
Souhaitez-vous recevoir des kits pour prélèvements salivaires et expédition d'échantillons au CNR (recherche d'IgM / PCR) ? 🔲 oui 🔍 non									
Si oui, combien /_/									
0.200 Parketti (1.200 Parketti					iste ayant cor	nfirmé le ca	ARS : signature et tampon		
Nom, prénom :				Nom, prénom :					
Hôpital/service :					/service:				
Adresse :				Adresse					
Téléphone : Téléphone : Informations ci-dessus à compléter que le déclarant soit le praticien ou le biologiste									
Signature	Signature du déclarant:								
Maladie à déclaration obligatoire (Art L 3113-1, R11-1, R11-2, R11-4, D11-1 du Code de la santé publique)									