



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	 DASS Direction des Affaires Sanitaires et Sociales Leptospirose
Nom : _____	Nom : _____	
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____	
Adresse : _____	Adresse : _____	
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____	
Signature : _____	Signature : _____	

IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale. Il est utile de l'adresser au laboratoire d'analyses de biologie médicale, avec les prélèvements. Le laboratoire la transmettra systématiquement et sans délai au médecin inspecteur de la DASS-NC si le diagnostic est confirmé biologiquement, ou si le cas est suspect, et elle tiendra lieu de déclaration obligatoire. Cette même fiche sert de diagnostic clinique de leptospirose, quand l'examen biologique n'est pas demandé et dans ce cas elle est adressée directement au médecin inspecteur de la DASS-NC - BP N4 - 98851 Nouméa Cedex.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse exacte du domicile : _____ Téléphone : _____

Quartier : _____ Tribu : _____ Code Postal Commune : _____ Date de notification : _____

Profession : _____

Employeur / Société : _____

Adresse professionnelle : _____

Date de début de la maladie : _____ Cadre de vie : Citadin ☐ Tribal ☐ Rural ☐

Épidémiologie au cours des 30 derniers jours avant le début des signes :

• Contacts avec les animaux : Bovins ☐ Porcs ☐ Chevaux ☐ Cerfs ☐ Chiens ☐ Chats ☐ Rats ☐ Roussettes ☐
Non ☐ Autres ☐ Préciser : _____

• Activités de loisirs : Pêche en eau douce ☐ Baignade / activité en eau douce ☐ Chasse ☐ Triathlon / raid / randonnée ☐ Non ☐

• Autres (par exemple : activité pieds nus en zone humide, dépôt d'ordures voisin du lieu de vie...) : _____

Clinique :

Fièvre : ☐ Oui ☐ Non Myalgies / arthralgie : ☐ Oui ☐ Non Choc : ☐ Oui ☐ Non

Céphalées : ☐ Oui ☐ Non Taux de plaquettes : _____

Ictère : ☐ Oui ☐ Non Suffusions conjonctivales : ☐ Oui ☐ Non

Syndrome méningé : ☐ Oui ☐ Non Syndrome cardiaque (ECG) : ☐ Oui ☐ Non

Syndrome hémorragique : ☐ Oui ☐ Non Syndrome rénal : ☐ Oui ☐ Non

• Autres symptômes : _____

• Comorbidités : _____

S'agit-il d'un premier diagnostic de leptospirose ☐ ou d'une récurrence ☐ Si oui, années : _____

Diagnostic chimique : ☐ Très forte suspicion ☐ Diagnostic d'élimination

Diagnostic biologique : Date du prélèvement : _____

☐ Bactériologique ☐ Sérologique 1 ☐ Sérologique 2 ☐ Amplification génique (PCR)

Conclusion : ☐ Cas confirmé biologiquement ☐ Cas suspect avec sérologie unique ☐ Diagnostic clinique

Sérovar : _____

☐ Vaccination contre la leptospirose ☐ Oui ☐ Non Date : _____

Traitement : Date de début de traitement : _____

Antibiotiques prescrits : _____

Evolution :

Hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non Si oui, date de l'hospitalisation : _____

Décès : ☐ Oui ☐ Non Si oui, date du décès : _____

