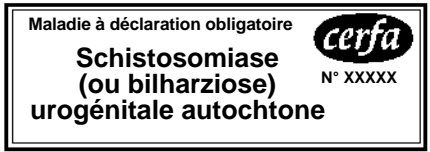


République française

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



Important : tout cas de bilharziose urogénitale autochtone **doit être signalé immédiatement par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...)** au médecin de l'ARS.

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance :

Code d'anonymat : (A établir par l'ARS) Date de la notification :

Code d'anonymat : (A établir par l'ARS) Date de la notification :

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

Confirmation biologique

Sérodiagnostic

Hémagglutination indirecte	Date de prélèvement	Positif	Négatif	Non faite
ELISA	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunofluorescence indirecte	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Western Blot	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCR spécifique (<i>S. haematobium</i> et/ou <i>S. bovis</i>)	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sang <input type="checkbox"/>			
	urine <input type="checkbox"/>			
	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parasitologie

Recherche d'œufs de *S. haematobium* dans les urines

__/__/__ Positif Négatif Non faite

Anatomopathologie

Recherche d'œufs de *S. haematobium* sur biopsie vésicale

__/__/__ Positif Négatif Non faite

Recherche d'œufs de *S. haematobium* sur biopsie rectale

__/__/__ Positif Négatif Non faite

Biologie non spécifique

Hématurie microscopique : Positif Négatif Non faite

Bandelette urinaire culot urinaire

Hyperéosinophilie (>0,5 giga/L)

__/__/__ Positif Négatif Non faite

Clinique

Date des premiers signes

Hématurie macroscopique (sang visible dans les urines) oui non ne sait pas

Signes d'irritation vésicale oui non ne sait pas

- Douleur mictionnelle oui non ne sait pas
- Pollakiurie oui non ne sait pas
- Colique néphrétique oui non ne sait pas
- Autre(s), précisez :

Imagerie médicale

Urétérohydronéphrose oui non ne sait pas

Calcification vésicale oui non ne sait pas

Schistosomiase (ou bilharziose) urogénitale autochtone

Critères de notification
(cocher la case correspondante)

Absence de notion de contact avec de l'eau douce dans une zone d'endémie classique (tropicale) au cours de la vie

Cas probable

- 2 tests sérologiques de dépistage positifs utilisant des techniques différentes

- **OU** en cas de discordance, un test sérologique Western blot positif (Ag *S. mansoni* + *S. haematobium*)

Cas certain

Présence d'œufs de *S. haematobium* à l'examen parasitologique des urines

- **OU** présence d'œufs de *S. haematobium* sur l'examen anatomopathologique d'une biopsie vésicale et/ou rectale

- **OU** PCR spécifique (*S. haematobium* et/ou *S. bovis*) positive

Exposition : contact avec un plan ou cours d'eau douce au cours de la vie (plusieurs réponses possibles) :

Notion de baignade/contact avec l'eau douce **en Corse** ? oui non ne sait pas

Si OUI dans quel(s) plan(s) ou cours d'eau et quelle(s) année(s) ?

..... année :

..... année :

..... année :

..... année :

Notion de baignade/contact avec l'eau douce **en France continentale** ? oui non ne sait pas

Si OUI dans quel(s) plan(s) ou cours d'eau et quelle(s) année(s) ?

..... année :

..... année :

..... année :

..... année :

Notion de baignade/contact avec l'eau douce hors France métropolitaine ? : oui non ne sait pas

Si OUI dans quel(s) pays, DOM ou collectivité d'outremer et quelle(s) année(s) ?

..... année :

..... année :

..... année :

..... année :

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