

**MINISTRE DE LA SANTE, DE LA
POPULATION DE LA PROMOTION DE
LA FEMME ET DE L'INTEGRATION DE LA
FEMME AU DEVELOPPEMENT**

**REPUBLIQUE DU CONGO
Unité -Travail –progrès**

**PROGRAMME ELARGI
DE VACCINATION**



FORMULAIRE D'INVESTIGATION DES CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE

Utilisation officielle: **Numéro:** _____ - _____ - _____ - _____ - _____ **Reçu:** ____/____/____
Seulement **EPID** Pays Province District de santé Année Début Numéro du Cas Par le Programme National

IDENTIFICATION
District de Santé : _____ **Province:** _____ **Nom de la formation sanitaire la plus proche:** _____
Adresse: _____ **Village:** _____ **Ville:** _____
Coordonnées du cas de PFA (format WGS 1984): Longitude : _____ Latitude : _____

Nom(s) du malade: _____ **Père/Mère:** _____
Date de _____ **M=Masculin**
Naissance: ____/____/____ **Age:** _____ ans _____ mois **Sexe:** ∴ F=Féminin
 (si date de naissance inconnue)

NOTIFICATION/ENQUETE
Cas notifié _____ **Date de** _____ **Date de** _____
par: _____ **notification:** ____/____/____ **l'enquête:** ____/____/____

HOSPITALISATION Hospitalisé (e): ☐ 1=Oui 2=Non **Date d'admission:** ____/____/____
Numéro d'hospitalisation: _____ **Nom/Adresse de l'hôpital:** _____

HISTOIRE DE LA MALADIE (1=O, 2=N, 9=Inconnu)
Date de début _____ **Fièvre au début** ☐ **Paralysie progressive** ☐
de la paralysie: ____/____/____ **de la paralysie?** _____ **0-3 jours ?** _____ **Site de la** BG _____ BD _____
Paralysie _____ **Asymétrique?** ☐ JG _____ JD _____
flasque et aiguë? ☐ 1=Oui ; 2=Non ; 9=Inconnu 1=Oui ; 2=Non ; 9=Inconnu

Membre (s) paralysé(s) sensibles à la douleur : **Oui / Non**

Notion d'injection intramusculaire avant début paralysie: **Oui/.Non**

Si oui veuillez indiquer le site d'injection dans le tableau ci-dessous

	Bras	Avant- bras	Fesse	Cuisse	Pied
Droit					
Gauche					

Diagnostic probable _____

APRES ENQUETE, ETAIT-CE REELLEMENT UN CAS DE PFA ?

☐ 1=Oui
2=Non

Si Non, ne pas remplir le reste du formulaire
et marquer 6 pour la classification finale

ANTECEDENTS VACCINAUX **Naissance** ____/____/____ **2ème** ____/____/____ **4ème** ____/____/____
Nombre total de ☐ **exclure dose** **Doses de** _____ **Si > 4** _____
doses du vaccin polio _____ **à la naissance** **VPO** _____ **date de dernière** _____
 99=inconnu : 1^{er} ____/____/____ 3^{ème} ____/____/____ dose ____/____/____

Totales doses VPO reçues lors des AVS : ☐ 99=Inconnu **Totales doses VPO reçues en Routine:** ☐ 99=Inconnu

Date dernière dose VPO reçue lors des AVS: ____/____/____

Doses totales VPI reçues lors des AVS ☐ 99=Inconnu **Totales doses VPI reçues en Routine** ☐ 99=Inconnu

Date dernière dose VPI reçue lors des AVS: ____/____/____ **Source d'information sur la vaccination en Routine :** Carte ☐ Rappel ☐ choisissez une

PRELEVEMENT _____
D'ECHANTILLONS _____
DE SELLES _____
Date 1^{er} échantillon _____ **Date 2^{ème} échantillon** _____ **Date d'expédition des selles vers le niveau Central** _____

____/____/____
Date de réception des
selles au niveau central

____/____/____
Date d'expédition des selles vers
le labo inter pays/national

RESULTATS DE L'ANALYSE DES ECHANTILLONS DE SELLES

____/____/____
Date réception des selles
au Labo inter pays/national

☐ 1=Adéquat
2 = inadéquat
Etat des selles
à la réception au labo

____/____/____
Date résultat
culture cellulaire disponible

____/____/____
Date d'expédition des
résultats au PEV national

____/____/____
Date réception des résultats au PEV national

Résultats finale
Culture Cellulaire

☐

1 = Suspect poliovirus
2 = Négatif
3 = ENTNP
4 = Suspect Polio + ENTNP

____/____/____
Date d'expédition du Labo inter
pays/national au labo régional

____/____/____
Date d'expédition des résultats
de la Diff I.T au PEV

____/____/____
Date réception des résultats
de la diff. I-T au PEV

W1 ☐ W2 ☐ W3 ☐

1=O ; 2=N

Sabin
Discordant ☐

SL1 ☐ SL2 ☐ SL3 ☐

Type 1,2,3

1=O ; 2=N

(R) Ent. NP ☐ NEV ☐

1=Positif 2=Négatif

EXAMEN ____/____/____
DE SUIVI Date de l'examen de suivi

Paralysie BG ☐ BD ☐
résiduelle? JG ☐ JD ☐

Résultats examen ☐
de suivi

1= Paralysie résiduelle flasque
2=Pas de paralysie résiduelle
3= Perdu de vue
4= Décès avant le suivi
5= Paralysie résiduelle spastique

CLASSIFICATION FINALE DU CAS

Suspicion Etat immunodéprimé : ☐ 1=O ; 2=N 9 = Inconnu

☐ 1= Polio confirmé
7 = PVDVc

2 = Compatible
8 = PVDVa

3 = Exclu
9 = PVDVi

6 = N'est pas 1 cas de PFA
☐ Serotype (1,2,3)

Lister tous les endroits où le malade s'est rendu à la recherche du traitement

(1) Endroit : Durée: mois.....jours..... (2) Endroit : Durée: mois.....jours.....

(3) Endroit : Durée: mois.....jours..... (4) Endroit : Durée: mois.....jours.....

ENQUETEUR

Nom: _____ Titre: _____

Unité: _____ Adresse: _____ Tel: _____