

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

**REPUBLICHE 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  
(si date de naissance inconnue)

Sexe: .. F=Féminin

**NOTIFICATION/ENQUETE**

Cas notifié par: \_\_\_\_\_

Date de notification: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Date de 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 de la paralysie: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fièvre au début

Paralysie progressive

de la paralysie?

0-3 jours ?

Site de la  
Paralysie

BG  
JG BD  
JD

Paralysie  
flasque et aiguë?

Asymétrique?

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
<b>Droit</b>					
<b>Gauche</b>					

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**

Nombre total de  exclure dose  
à la naissance doses du vaccin polio  
99=inconnu :

Naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2ème \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4ème \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Doses de  
VPO

Si > 4  
date de dernière

1er \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3ème \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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  Rappele  choisissez une

**PRELEVEMENT**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**D'ECHANTILLONS**

Date 1<sup>er</sup> échantillon

Date 2<sup>ème</sup> échantillon

Date d'expédition des selles  
vers le niveau Central

**DE SELLES**

/ /  
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 Sabin  
Discordant SL1 SL2 SL3 (R) Ent. NP NEV  
1=O ; 2=N Type 1,2,3 1=O ; 2=N 1=Positif 2=Négatif

EXAMEN / /

Paralysie BG



Résultats examen



1= Paralysie résiduelle flasque

DE SUIVI Date de l'examen de suivi

résiduelle?

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 2 = Compatible 3 = Exclu 6 = N'est pas 1 cas de PFA  
7 = PVDVc 8 = PVDVa 9 = PVDVi  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: \_\_\_\_\_