



# REPUBLIQUE DU NIGER

## Fiche de Notification des Cas de la Méningite

Assigné par District :

N° d'identification (EPID): \_\_\_\_\_  
Région \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Cas n° \_\_\_\_\_

Niveau Central :

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date de réception à la DSRE Date d'envoi de la DSRE au LNR

### FORMATION SANITAIRE / HOPITAL

Pour agent de santé : Compléter cette section et retourner le bulletin et l'échantillon au district

Région : \_\_\_\_\_ District notifiant: \_\_\_\_\_ Formation Sanitaire déclarante : \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age Révolu \_\_\_\_\_  
Ans \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_

Nom de la mère (si enfant) \_\_\_\_\_ (si < 12 mois)

Résidence du patient : Village /quartier \_\_\_\_\_ Sexe : ☐ F = Féminin / M= Masculin

Ville / Canton : \_\_\_\_\_ District de résidence \_\_\_\_\_ Urbain/Rural: ☐ U=Urbain / R=Rural

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Autre information sur la localisation : \_\_\_\_\_

Date de consultation à la formation sanitaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date du début de la maladie : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Malade Vacciné : Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐

Si vacciné, cocher le type de vaccin et remplir la dernière date:

Type de vaccin	N. doses	Source	
		Carte/carnet de vaccination (date de dernier dose)	Déclaration verbale
<input type="checkbox"/> MenA conjugué (MenAfriVac)		<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hib (Penta)		<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pneumo		<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/>

Type de vaccin	Source	
	Carte/carnet de vaccination (date de dernier dose)	Déclaration verbale
<input type="checkbox"/> MenAC (PS)	<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Men ACW (PS)	<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MenACWY (PS)	<input type="checkbox"/> ____/____/____	<input type="checkbox"/>

Patient Interne ou Externe ☐ 1= Interne 2= Externe

Evolution: ☐ 1= Vivant 2= Décédé 3= Inconnu

Ponction lombaire: Oui ☐ Non ☐ Si oui, Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Aspect: non fait ☐ clair ☐ trouble ☐  
hématique ☐ xanthochromique\* ☐

Test de bandelette : Non fait ☐ Négatif ☐ NmA ☐ NmC ☐ NmW-135 ☐ NmY ☐

Date de notification au DS par la formation sanitaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date d'envoi du bulletin/LCR au HD : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agent ayant rempli le bulletin : \_\_\_\_\_ N° de téléphone de l'agent \_\_\_\_\_

\*xanthochromic : décoloration jaune du LCR

### LABORATOIRE DE DISTRICT

Pour Laboratoire : Compléter cette section et retourner le bulletin à l'équipe du district

Nom du Laboratoire recevant le prélèvement \_\_\_\_\_ Date de réception du prélèvement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conditionnement : Tube sec ☐ TI ☐ Cryotube ☐ Etat du prélèvement: Adéquat ☐ Non Adéquat ☐

Aspect: non fait ☐ clair ☐ trouble ☐ hématique ☐ xanthochromique ☐ Numération cellulaire : \_\_\_\_\_ cellules/mm<sup>3</sup> non fait ☐

Formule leucocytaire: Polynucléaires % \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Mononucléaires % \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ non fait ☐

Test de bandelette : Non fait ☐ Négatif ☐ NmA ☐ NmC ☐ NmW-135 ☐ NmY ☐

Gram : Non fait ☐ Négatif ☐ DGP ☐ DGN ☐ BGP ☐ BGN ☐ Autres germes ☐ \_\_\_\_\_

Latex: Non fait ☐ Négatif ☐ NmA ☐ NmW135/Y ☐ NmX ☐ NmC ☐ NmB/E. Coli ☐ S.Pneumo ☐ Hib ☐

Culture: Non fait ☐ Négatif ☐ Contaminé ☐ NmA ☐ NmW135 ☐ NmX ☐ NmC ☐ NmY ☐ NmB ☐  
Nm Indéterminé ☐ S.Pneumo ☐ Hib ☐ H. influenzae (non-B) ☐ Autres germes ☐ \_\_\_\_\_

Date d'envoi des résultats du laboratoire du district à la formation sanitaire \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date d'envoi des échantillons au Laboratoire National de Référence \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de réception des résultats du Laboratoire National de Référence au district : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observations \_\_\_\_\_

**LABORATOIRE DE REGION/HOPITAL NATIONAL***Pour Laboratoire : Compléter cette section et envoyer le bulletin et l'échantillon au Laboratoire National de Référence***Nom du Laboratoire recevant le prélèvement** \_\_\_\_\_ **Date de réception du prélèvement :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Conditionnement :** Tube sec ☐ TI ☐ Cryotube ☐ **Etat du prélèvement:** Adéquat ☐ Non Adéquat ☐**Aspect:** non fait ☐ clair ☐ trouble ☐ hématique ☐ xanthochromique ☐ **Numération cellulaire :** \_\_\_\_\_ cellules/mm<sup>3</sup> non fait ☐**Formule leucocytaire:** Polynucléaires % /\_\_\_\_\_/ Mononucléaires % /\_\_\_\_\_/ non fait ☐**Test de bandelette :** Non fait ☐ Négatif ☐ NmA ☐ NmC ☐ NmW-135 ☐ NmY ☐**Gram :** Non fait ☐ Négatif ☐ DGP ☐ DGN ☐ BGP ☐ BGN ☐ Autres germes ☐ \_\_\_\_\_**Latex:** Non fait ☐ Négatif ☐ NmA ☐ NmW135/Y ☐ NmX ☐ NmC ☐ NmB/E. Coli ☐ S.Pneumo ☐ Hib ☐**Culture:** Non fait ☐ Négatif ☐ Contaminé ☐ NmA ☐ NmW135 ☐ NmX ☐ NmC ☐ NmY ☐ NmB ☐  
Nm Indéterminé ☐ S.Pneumo ☐ Hib ☐ H. influenzae (non-B) ☐ Autres germes ☐ \_\_\_\_\_**Date d'envoi des résultats du laboratoire de la région au district** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Date d'envoi des échantillons au Laboratoire National de Référence** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Observations** \_\_\_\_\_**LABORATOIRE DE REFERENCE (CERMES)***Pour Laboratoire : Compléter cette section et retourner le bulletin à l'équipe de la surveillance épidémiologique***Nom du Laboratoire de référence** \_\_\_\_\_ **Date de réception du prélèvement :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Conditionnement :** Tube sec ☐ TI ☐ Cryotube ☐ **Etat du prélèvement :** Adéquat ☐ Non Adéquat ☐**Numéro EPID rempli sur le tube:** Oui ☐ Non ☐*Si non fait au niveau du district, remplir cette partie :***Aspect :** non fait ☐ clair ☐ trouble ☐ hématique ☐ xanthochromique ☐**Numération cellulaire :** \_\_\_\_\_ cellules/mm<sup>3</sup> Non fait ☐**Formule leucocytaire :** Polynucléaires % /\_\_\_\_\_/ Mononucléaires % /\_\_\_\_\_/ Non fait ☐**Bandelette :** Négatif ☐ NmA ☐ NmC ☐ NmW-135 ☐ NmY ☐ Non fait ☐**Gram :** Négatif ☐ DGP ☐ DGN ☐ BGP ☐ BGN ☐ Autres germes ☐ \_\_\_\_\_ Non fait ☐**Latex:** Non fait ☐ Négatif ☐ NmA ☐ NmW135/Y ☐ NmX ☐ NmC ☐ NmB/E. Coli ☐ S.Pneumo ☐ Hib ☐**Culture:** Non fait ☐ Négatif ☐ Contaminé ☐ NmA ☐ NmW135 ☐ NmX ☐ NmC ☐ NmY ☐ NmB ☐  
Nm Indéterminé ☐ S.Pneumo ☐ Hib ☐ H. influenzae (non-B) ☐ Autres germes ☐ \_\_\_\_\_**Date de culture :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Type de PCR :** Temps réel ☐ Conventionnel ☐ **Date de PCR :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**PCR :** Non fait ☐ Négatif ☐ Contaminé ☐  
NmA ☐ NmW135 ☐ NmX ☐ NmC ☐ NmY ☐ Nm Indéterminé ☐ S.Pneumo ☐ Hib ☐ Autres germes ☐ \_\_\_\_\_**Résultat final du laboratoire :** Non fait ☐ Négatif ☐ Contaminé ☐ NmA ☐ NmW135 ☐ NmX ☐ NmC ☐ NmY ☐  
NmB ☐ Nm Indéterminé ☐ S.Pneumo ☐ Hib ☐ H. influenzae (non-B) ☐  
Autres germes ☐ \_\_\_\_\_**Antibiogramme :** Ceftriaxone : Sensible ☐ Résistant ☐ Intermédiaire ☐ Non fait ☐  
Pénicilline : Sensible ☐ Résistant ☐ Intermédiaire ☐ Non fait ☐  
Chloramphénicol : Sensible ☐ Résistant ☐ Intermédiaire ☐ Non fait ☐  
Autres \_\_\_\_\_ Sensible ☐ Résistant ☐ Intermédiaire ☐ Non fait ☐**Date d'envoi des résultats :** au district \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à la région \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à la DSRE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Observations** \_\_\_\_\_**DSRE****Classification finale du cas :** Confirmé ☐ Compatible ☐ Rejeté ☐