**REPUBLIQUE DU NIGER**

Fiche de Notification des Cas de la Méningite

|  |  |
| --- | --- |
| **Assigné par District :**  **Nº d’identification (EPID):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_–\_\_\_\_\_\_\_\_\_–\_\_\_\_\_\_\_\_–\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Région District Année Cas nº** | **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** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Date de Age**  **Nom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Naissance** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Révolu** \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_  Ans Mois  (si < 12 mois)  **Nom de la mère (si enfant)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Résidence du patient : Village /quartier** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Sexe**: □ F = Féminin / M= Masculin  **Ville / Canton** :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **District de résidence**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Urbain/Rural:** □ U=Urbain / R=Rural  **Nº 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 derniere date:***   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Type de vaccin** | **N. doses** | **Source** | |  | **Type de vaccin** | **Source** | | | **Carte/carnet de vaccination (*date de dernier dose)*** | **Déclaration verbale** |  | **Carte/carnet de vaccination (*date de dernier dose)*** | **Déclaration verbale** | | □ MenA conjugué (MenAfriVac) |  | □ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | □ |  | □ MenAC (PS) | □ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | □ | | □ Hib (Penta) |  | □ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | □ |  | □ Men ACW (PS) | □ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | □ | | □ Pneumo |  | □ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | □ |  | □ MenACWY (PS) | □ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | □ |   **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 :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nº de téléphone de l’agent** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \**xanthrochromic : 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/mm3 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/mm3 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/mm3 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 □ | |