

# Formulaire de rapport de cas, Dictionnaire des données et variables clés



Toolkit

Utilisez ce formulaire pour collecter des informations standardisées sur le patient afin d'informer les autorités de la santé publique des cas suspects de méningite lors de la surveillance systématique des cas d'épidémie.

## INTRODUCTION

Une surveillance et une confirmation de laboratoire de haute qualité sont essentielles pour éclairer les décisions politiques, évaluer l'efficacité des vaccins et des programmes, détecter et réagir aux épidémies et surveiller l'évolution des maladies. Bien que de nombreuses bactéries puissent causer une méningite bactérienne, les agents pathogènes les plus courants sont *Neisseria meningitidis* (Nm), *Streptococcus pneumoniae* (Sp) et *Haemophilus influenzae*. Il est essentiel de déterminer l'agent pathogène responsable pour informer les programmes de vaccination de routine et guider les interventions appropriées en cas d'épidémie.

### Avec l'introduction du séro groupe méningococcique

L'introduction d'un vaccin conjugué (MACV, MenAfriVac™) dans la ceinture de la méningite en Afrique subsaharienne a entraîné une réduction drastique de la méningite à méningocoque du séro groupe A(NmA). Une surveillance robuste basée sur les cas est une stratégie efficace pour surveiller l'impact des nouveaux programmes de vaccination sur l'incidence de la maladie. La surveillance basée sur les cas vise à recueillir des informations sur les données socio-démographiques, les symptômes cliniques et les tests de laboratoire. Ces informations peuvent être utilisées pour surveiller d'autres sérogroupes ou agents pathogènes du méningocoque, ainsi que pour évaluer l'efficacité du MACV, la durée de protection et l'immunité de groupe.

Le public cible de ce document comprend tous les acteurs nationaux du ministère de la Santé ou des établissements de santé privés travaillant sur l'épidémiologie, la microbiologie, la surveillance, le contrôle des maladies et la vaccination. Ceci inclut tous

les agents de santé et personnel chargés de notifier les cas suspects de méningite à la surveillance du ministère de la santé.

Ce formulaire de rapport de cas MenAfriNet (CRF) peut vous aider à gérer les cas, à la fois pour la surveillance de routine que pour les épidémies.

### AVANT DE COMMENCER :

Le formulaire de rapport MenAfriNet a été créé pour inclure toutes les variables de la surveillance basée sur les cas de méningite. Pour cela, il est recommandé d'adapter le formulaire de manière à inclure uniquement les diagnostics (cytologie, test de diagnostic rapide, coloration de Gram, latex, culture, antibiogramme ou PCR) disponibles à différents niveaux du système de santé. Pour faciliter l'adaptation de ce formulaire, il est disponible aux formats Word et PDF. Le dictionnaire de données définit chaque variable et comprend des informations sur le format des données afin de faciliter le développement du système de gestion des données de surveillance de la méningite.

## CONTENU DE L'OUTIL :

- Une fiche de notification (CRF) pour la surveillance cas par cas de la méningite
- Un dictionnaire de données avec des noms de variable, des formats de données, de définitions et si les variables sont obligatoires ou facultatives pour la surveillance cas par cas

Pour l'outil de surveillance basé sur des cas, vous pouvez également trouver des documents en versions téléchargeables et modifiables sur ce site Web, et les adapter aux besoins spécifiques de chaque pays.

## INSTRUCTIONS DE L'OUTIL :

### **Complétez le CRF avec le plus de détails possibles pour tous les cas suspects de méningite :**

Définition des cas suspects de méningite :

- Toute personne présentant une fièvre brutale (fièvre rectale > 38,5 ° C ou axillaire à 38,0 ° C) et l'un des signes suivants : raideur de la nuque, troubles neurologiques ou autres signes méningés.
- Tout nourrisson avec apparition brutale d'une fièvre (> 38,5 ° C au niveau rectal ou axillaire à 38,0 ° C) et présentant l'un des signes suivants : raideur de la nuque ou nuque molle, bombement de la fontanelle, convulsions ou autres signes méningés.

Source: [Procédures opérationnelles standard du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique visant à renforcer la surveillance de la méningite en Afrique](#)

Toutes les variables retenues comme obligatoires ont été jugées essentielles pour la surveillance de la méningite dans toutes les situations, tandis que les variables facultatives sont utiles dans les situations non épidémiques.

Dans le cadre de la surveillance de la méningite basée sur les cas, une CRF complétée devrait être accompagnée d'un échantillon de liquide céphalo-rachidien, conformément à l'algorithme établi par les directives du Ministère de la santé.

## REMERCIEMENTS

Ce document est le fruit des efforts de collaboration de plusieurs organismes, y compris le Centre Américain de Contrôle et de Prévention des maladies (CDC), le siège de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS - AFRO), l'équipe d'appui inter pays de de l'OMS / AFRO (OMS - AFRO / IST), l'Agence de Médecine Préventive (AMP), les Ministères de la Santé et les laboratoires nationaux de référence du Burkina Faso, Mali, Niger, Tchad et Togo, Fondation Bill & Melinda Gates, Gavi Alliance et la Fondation CDC. Les auteurs remercient tous les membres du consortium MenAfriNet, en particulier les membres de l'équipe de la Surveillance et de gestion des flambées épidémiques, Evaluation et Recherche et Groupes de travail du Laboratoire pour leur contribution précieuse afin de parvenir à un consensus sur ce protocole.

Add Ministry of Health logo here  
as appropriate



**NUMERO IDENTIFIANT UNIQUE (NUM EPID) :** (A ATTRIBUER AU NIVEAU DU DISTRICT)

PAYS	REGION	DISTRICT	ANNEE	MALADIEE	NUMERO DE CAS
------	--------	----------	-------	----------	---------------

**NOM DE LA FORMATION SANITAIRE NOTIFIANT LE CAS :**

**Sous district :** \_\_\_\_\_ **District :** \_\_\_\_\_ **Région :** \_\_\_\_\_

**PATIENT IDENTIFICATION** **Nom du patient :** \_\_\_\_\_ **Prénom (s) du patient :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) OU Age en année : \_\_\_\_ OU Age en mois (si <12 mois) : \_\_\_\_ OU Age en jours (si <1 mois) : \_\_\_\_

**Sexe :**  Féminin  Masculin **Profession :** \_\_\_\_\_

**Résidence du patient :** **District de résidence :** \_\_\_\_\_ **Sous district :** \_\_\_\_\_ **Ville / village :** \_\_\_\_\_

**Quartier / Secteur :** \_\_\_\_\_ **Numéro du domicile :** \_\_\_\_\_ **Adresse :** \_\_\_\_\_  Urbain /  Rural

**Nom du père / de la mère / ou du tuteur :** \_\_\_\_\_ **N° téléphone du patient ou des parents / tuteur :** \_\_\_\_\_

**Date de consultation :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Date de début de la maladie :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signes et symptômes :**  Fièvre  Raideur de la nuque  Céphalées  Bombement de la fontanelle  convulsion  
 Altération de la conscience  Eruption cutanée  Photophobie  Nausées  Vomissements  Diarrhée  
 Autre (préciser) : \_\_\_\_\_  Inconnu

**Traitement antibiotique :**  Amoxicilline  Ceftriaxone  Chloramphénicol  Penicilline G  Oxacilline  
Autre (préciser) : \_\_\_\_\_  Inconnu **Date de la première dose :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Statut d'hospitalisation :**  Patient hospitalisé  Externe  Inconnu

**Evolution du patient :**  Guéri  Décédé  En traitement  Reféré  Inconnu

**STATUT VACCINATIONAL** **Vacciné :**  OUI  NON  INCONNU (si vacciné, compléter le reste de la section)

**Vaccin reçu** **Oui** **Date vaccination (jj/mm/aaaa)** **No** **Inconnu** **Si oui, source de l'information vaccinale :** \_\_\_\_\_

MenAC	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
MenACW	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
MenACWY	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
MenA(conj)	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
MenC(conj)	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
Menactra	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
PCV13-dose 1	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
PCV13-dose 2	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
PCV13-dose 3	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
Hib-dose 1	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
Hib-dose 2	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue
Hib-dose 3	<input type="checkbox"/> Oui : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue

**Type de prélèvement :**  LCR  Sang  Urine  autre (Préciser) : \_\_\_\_\_

**ECHANTILLON PRELEVE :**  OUI  NON (SI NON, compléter quand même la fiche et l'acheminer au bureau de la surveillance du district)

**SI NON :** **Pourquoi :**  Manque de kit  Manque de compétence  PL contre-indiqué  Autre (Préciser) : \_\_\_\_\_

**SI OUI :** **Date du prélèvement :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Heure de prélèvement :** /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  AM  PM

**Aspect du prélèvement :**  Clair  Trouble  Hématique  Xanthochromique  Louche  Purulent  Non fait

**Heure d'ensemencement dans le milieu de transport :** /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HH /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Min

**Echantillon envoyé au laboratoire :**  Oui  Non **Si Non, pourquoi ?** \_\_\_\_\_

**Si Oui, date d'envoi du prélèvement au :** **Laboratoire du district :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Laboratoire de région :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Laboratoire National de référence :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Nom du laboratoire d'analyse :** \_\_\_\_\_

**Conditionnement utilisé :**  Tube sec  Trans-Isolate (T-I)  Cryotube  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**Date de notification à l'échelon supérieur :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nom de l'agent ayant rempli la fiche :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Date d'envoi de la fiche au district :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Date de réception de la fiche au district :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOM DU LABORATOIRE DU DISTRICT :**
**Numéro dans le registre labo du district :**

<b>Date de réception :</b> ____/____/____	<b>Echantillon reçu :</b> <input type="checkbox"/> Tube sec <input type="checkbox"/> Trans-Isolate	<b>Conditions de transport :</b>
<b>Heure :</b> ____/H____/Min	<input type="checkbox"/> Cryotube <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Adéquates <input type="checkbox"/> Non adéquates
<b>Aspect du prélèvement :</b> <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Trouble <input type="checkbox"/> Hématique <input type="checkbox"/> Xanthochromique <input type="checkbox"/> Louche <input type="checkbox"/> Purulent <input type="checkbox"/> Non fait		
<b>Type de tests effectués :</b> <input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> Gram <input type="checkbox"/> TDR <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		
<b>Cytologie :</b> Leucocytes _____/ mm3	PN _____%	LYMPH _____% <input type="checkbox"/> Non fait
<b>Gram :</b> <input type="checkbox"/> DGP <input type="checkbox"/> DGN <input type="checkbox"/> BGP <input type="checkbox"/> BGN <input type="checkbox"/> Autres pathogènes (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
<b>TDR réalisé :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> No fait		
<b>Type RDT :</b> <input type="checkbox"/> Pastorex <input type="checkbox"/> Bandelette du CERMES <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<b>Résultats TDR :</b> _____	
<b>Latex :</b> <input type="checkbox"/> NmA <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW / Y <input type="checkbox"/> NmB / E. coli K1 <input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> StrepB <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
<b>Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire :</b> ____/____/____ <b>Date d'envoi de l'échantillon au labo de région / Réf :</b> ____/____/____		

**NOM DU LABORATOIRE DE REGION :**
**Numéro dans le registre labo de région :**

<b>Date de réception :</b> ____/____/____	<b>Echantillon reçu :</b> <input type="checkbox"/> Tube sec <input type="checkbox"/> Trans-Isolate	<b>Conditions de transport :</b>
<b>Heure :</b> ____/H____/Min	<input type="checkbox"/> Cryotube <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Adéquates <input type="checkbox"/> Non adéquates
<b>Aspect du prélèvement :</b> <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Trouble <input type="checkbox"/> Hématique <input type="checkbox"/> Xanthochromique <input type="checkbox"/> Louche <input type="checkbox"/> Purulent <input type="checkbox"/> Non fait		
<b>Type de tests effectués :</b> <input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> Gram <input type="checkbox"/> TDR <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Culture <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		
<b>Cytologie :</b> Leucocytes _____/ mm3	PN _____%	LYMPH _____% <input type="checkbox"/> Non fait
<b>Gram :</b> <input type="checkbox"/> DGP <input type="checkbox"/> DGN <input type="checkbox"/> BGP <input type="checkbox"/> BGN <input type="checkbox"/> Autres pathogènes (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
<b>TDR réalisé :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> No fait		
<b>Type RDT :</b> <input type="checkbox"/> Pastorex <input type="checkbox"/> Bandelette du CERMES <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<b>Résultats TDR :</b> _____	
<b>Latex :</b> <input type="checkbox"/> NmA <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW / Y <input type="checkbox"/> NmB / E. coli K1 <input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> StrepB <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
<b>Culture :</b>	<b>Antibiogramme :</b>	
<input type="checkbox"/> NmA <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW <input type="checkbox"/> NmY <input type="checkbox"/> NmB	Amoxicilline <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<input type="checkbox"/> NmX <input type="checkbox"/> Nm indéterminé <input type="checkbox"/> StrepB	Ceftriaxone <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi non-b	Chloramphénicol <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<input type="checkbox"/> Autre germe (préciser) : _____	Penicilline G <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<input type="checkbox"/> Contaminé <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Non Applicable	Oxacilline <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
	Autre : _____ <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<b>Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire :</b> ____/____/____ <b>Date d'envoi de l'échantillon au labo de région / Réf :</b> ____/____/____		

**NOM DU LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE :**
**Numéro dans le registre labo de référence :**

<b>Date de réception :</b> ____/____/____	<b>Echantillon reçu :</b> <input type="checkbox"/> Tube sec <input type="checkbox"/> Trans-Isolate	<b>Conditions de transport :</b>
<b>Heure :</b> ____/H____/Min	<input type="checkbox"/> Cryotube <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Adéquates <input type="checkbox"/> Non adéquates
<b>Aspect du prélèvement :</b> <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Trouble <input type="checkbox"/> Hématique <input type="checkbox"/> Xanthochromique <input type="checkbox"/> Louche <input type="checkbox"/> Purulent <input type="checkbox"/> Non fait		
<b>Type de tests effectués :</b> <input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> Gram <input type="checkbox"/> TDR <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____		
<b>Cytologie :</b> Leucocytes _____/ mm3	PN _____%	LYMPH _____% <input type="checkbox"/> Non fait
<b>Gram :</b> <input type="checkbox"/> DGP <input type="checkbox"/> DGN <input type="checkbox"/> BGP <input type="checkbox"/> BGN <input type="checkbox"/> Autres pathogènes (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
<b>TDR réalisé :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> No fait		
<b>Type RDT :</b> <input type="checkbox"/> Pastorex <input type="checkbox"/> Bandelette du CERMES <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<b>Résultats TDR :</b> _____	
<b>Latex :</b> <input type="checkbox"/> NmA <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW / Y <input type="checkbox"/> NmB / E. coli K1 <input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> StrepB <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
<b>Culture :</b>	<b>Antibiogramme :</b>	
<input type="checkbox"/> NmA <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW <input type="checkbox"/> NmY <input type="checkbox"/> NmB	Amoxicilline <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<input type="checkbox"/> NmX <input type="checkbox"/> Nm indéterminé <input type="checkbox"/> StrepB	Ceftriaxone <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi non-b	Chloramphénicol <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<input type="checkbox"/> Autre germe (préciser) : _____	Penicilline G <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<input type="checkbox"/> Contaminé <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Non Applicable	Oxacilline <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
	Autre : _____ <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait	
<b>PCR :</b> <input type="checkbox"/> NmA <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW <input type="checkbox"/> NmY <input type="checkbox"/> NmB <input type="checkbox"/> NmX <input type="checkbox"/> Nm indéterminé <input type="checkbox"/> S. pneumoniae (préciser le génotype) : _____ <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi non-b <input type="checkbox"/> Contaminé (préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Non applicable		
<b>Type of PCR :</b> <input type="checkbox"/> Conventionelle <input type="checkbox"/> Temps réel <b>Date PCR :</b> ____/____/____		

**Observations :**

<b>Résultat final du laboratoire :</b> Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire : ____/____/____	<b>Classification finale niveau national :</b>
Service de Surveillance / Ministère de la santé : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Suspect

Add Ministry of Health logo here  
as appropriate



**NUMERO IDENTIFIANT UNIQUE (NUM EPID) :** 1.EpidNumber (A ATTRIBUER AU NIVEAU DU DISTRICT) PAYS REGION DISTRICT 2. Year ANNEE 3. Disease MALADIE 4. CaseNumber NUMERO DE CAS

**NOM DE LA FORMATION SANITAIRE NOTIFIANT LE CAS :** 5. HealthFacility

**Sous district :** 6. SubDistrict **District :** 7. District **Région :** 8. Region

**PATIENT IDENTIFICATION** **Nom du patient :** 9. FamilyName **Prénom (s) du patient :** 10. FirstName

**Date de naissance :** 11. DateOfBirth / (jj/mm/aaaa) OU Age en année : 12. AgeYears OU Age en mois (si <12 mois) : 13. AgeMonths OU Age en jours (si <1 mois) : 14. AgeDays

**Sexe :** 15. Sex  Féminin  Masculin **Profession :** 16. Profession

**Résidence du patient : District de résidence :** 17. DistrictOfResidence **Sous district :** 18. SubDistrictOfResidence **Ville / village :** 19. Village

**Quartier / Secteur :** 20. Neighborhood **Numéro du domicile :** Adresse : 21. Address 22. UrbanRural  Urbain /  Rural

**Nom du père / de la mère / ou du tuteur :** 23. ParentName **N° téléphone du patient ou des parents / tuteur :** 24. PhoneNum

**Date de consultation :** 25. DateConsultation / **Date de début de la maladie :** 26. DateOnset /

**Signes et symptômes :**  Fièvre 27. Fever  Raideur de la nuque 28. NeckStiff  Céphalées 29. Headache  Bombement de la fontanelle 30. BulgFontanel  convulsion 31. Convulsion  
 Altération de la conscience 32. AlrConsciousness  Éruption cutanée 33. Rash  Photophobie 34. Photophobia  Nausées 35. Nausea  Vomissements 36. Vomiting  Diarrhée 37. Diarrhea  
 Autre (préciser) : 38. OtherSx  Inconnu 39. SxUnknown

**Traitement antibiotique :**  Amoxicilline 40. AntibioticTx  Ceftriaxone  Chloramphénicol  Penicilline G  Oxacilline  
Autre (préciser) : 41. OtherAbx  Inconnu **Date de la première dose :** 42. DateAbx /

**Statut d'hospitalisation :**  Patient hospitalisé  Externe  Inconnu 43. InOutPatient

**Evolution du patient :**  Guéri  Décédé  En traitement  Reféré  Inconnu 44. Outcome

**STATUT VACCINATIONAL** 45. VaccinationStatus **Vacciné :**  OUI  NON  INCONNU (si vacciné, compléter le reste de la section)

**Vaccin reçu** **Oui** **Date vaccination (jj/mm/aaaa)** **No** **Inconnu** **Si oui, source de l'information vaccinale :**

MenAC	46. MenAC	<input type="checkbox"/> Oui : / /	47. DateMenAC	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	48. SourceMenAC
MenACW	49. MenACW	<input type="checkbox"/> Oui : / /	50. DateMenACW	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	51. SourceMenACW
MenACWY	52. MenACWY	<input type="checkbox"/> Oui : / /	53. DateMenACWY	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	54. SourceMenACWY
MenA(conj)	55. MenA	<input type="checkbox"/> Oui : / /	56. DateMenA	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	57. SourceMenA
MenC(conj)	58. MenC	<input type="checkbox"/> Oui : / /	59. DateMenC	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	60. SourceMenC
Menactra	61. Menactra	<input type="checkbox"/> Oui : / /	62. DateMenactra	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	63. SourceMenactra
PCV13-dose 1	64. PCV1	<input type="checkbox"/> Oui : / /	65. DatePCV1	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	66. SourcePCV1
PCV13-dose 2	67. PCV2	<input type="checkbox"/> Oui : / /	68. DatePCV2	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	69. SourcePCV2
PCV13-dose 3	70. PCV3	<input type="checkbox"/> Oui : / /	71. DatePCV3	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	72. SourcePCV3
Hib-dose 1	73. Hib1	<input type="checkbox"/> Oui : / /	74. DateHib1	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	75. SourceHib1
Hib-dose 2	76. Hib2	<input type="checkbox"/> Oui : / /	77. DateHib2	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	78. SourceHib2
Hib-dose 3	79. Hib3	<input type="checkbox"/> Oui : / /	80. DateHib3	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Carnet <input type="checkbox"/> Registre vaccination <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Inconnue	81. SourceHib3

**Type de prélèvement :** 82. SpecimenSource  LCR  Sang  Urine  autre (Préciser) : 83. SpecimenSourceOther

**ECHANTILLON PRELEVE :**  OUI  NON (SI NON, compléter quand même la fiche et l'acheminer au bureau de la surveillance du district) 84. SpecimenCollected

**SI NON :** 85. SpecimenNOTcollected\_why **Pourquoi :**  Manque de kit  Manque de compétence  PL contre-indiqué  Autre (Préciser) : 86. SpecimenNOTcollected\_Other

**SI OUI :** **Date du prélèvement :** 87. DateSpecimenCollected **Heure de prélèvement :** 88. TimeSpecimenCollected  AM  PM

Aspect du prélèvement : 89. ASPECT  Clair  Trouble  Hématique  Xanthochromique  Louche  Purulent  Non fait

Heure d'ensemencement dans le milieu de transport : / / HH / / / Min 90. TransportMedia\_InoculationTime

**Echantillon envoyé au laboratoire :**  Oui  Non 91. SpecimenSentToLab Si Non, pourquoi ? 92. SpecimenNOTSentToLab\_Why

Si **Oui**, **date d'envoi du prélèvement au :** Laboratoire du district : 93. DateCSFsentDistrict/

Laboratoire de région : 94. DateCSFsentRegional

Laboratoire National de référence : 95. DateCSFsentNRL / Nom du laboratoire d'analyse : 96. LabCSFsent

**Conditionnement utilisé :**  Tube sec  Trans-Isolate (T-I)  Cryotube  Autre (préciser) : 100. TransportMedia\_Other 97. TransportMedia\_DryTube 98. TransportMedia\_TI 99. TransportMedia\_Cryotube

**Date de notification à l'échelon supérieur :** 101. DateNotification /

**Nom de l'agent ayant rempli la fiche :** 102. ReporterHF **Téléphone :** 103. ReporterPhone

**Date d'envoi de la fiche au district :** 104. DateFormSent / **Date de réception de la fiche au district :** 105. DateFormReceived/



NOM DU LABORATOIRE DU DISTRICT : 106.DistrictLab

Numéro dans le registre labo du district : 107.SpecimenIDDistrict

Date de réception : 108.DateReceivedDistrict	Echantillon reçu : <input type="checkbox"/> Tube sec 110.DryTubeDistrict <input type="checkbox"/> Trans-Isolate 111.TIDistrict	Conditions de transport : <input type="checkbox"/> Adéquates <input type="checkbox"/> Non adéquates 114.SpecimenConditionDistrict
Heure : 109.TimeSpecimenReceivedDistrict / H / Min	<input type="checkbox"/> Cryotube 112.CryotubeDistrict <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 113.OtherMediaDistrict	
Aspect du prélèvement : <input type="checkbox"/> Clair 115.AspectDistrict <input type="checkbox"/> Trouble <input type="checkbox"/> Hématique <input type="checkbox"/> Xanthochromique <input type="checkbox"/> Louche <input type="checkbox"/> Purulent <input type="checkbox"/> Non fait		
Type de tests effectués : <input type="checkbox"/> Cytologie 116.LabTestCYTOLOGIEDistrict <input type="checkbox"/> Gram 117.LabTestGRAMDistrict <input type="checkbox"/> TDR 118.LabTestTDRDistrict <input type="checkbox"/> Latex 119.LabTestLATEXDistrict <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 120.LabTestAUTREDistrict		
Cytologie : Leucocytes 121.WhiteCellCountDistrict / mm3 PN 122.PolyPercentDistrict % LYMPH 123.MonoPercentDistrict % <input type="checkbox"/> Non fait 124.CytologyDistrictNotDone		
Gram : <input type="checkbox"/> DGP 125.GramDistrict <input type="checkbox"/> DGN <input type="checkbox"/> BGP <input type="checkbox"/> BGN <input type="checkbox"/> Autres pathogènes (préciser) : 126.GramOtherDistrict <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
TDR réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> No fait 127.TDR_MeningitisDRS		
Type RDT : <input type="checkbox"/> Pastorex 128.TDR_TypeDRS <input type="checkbox"/> Bandelette du CERMES <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 129.TestAUTREDistrict	Résultats TDR : 130.TDR_OtherResultsDRS	
Latex : <input type="checkbox"/> NmA 131.LatexDistrict <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW / Y <input type="checkbox"/> NmB / E. coli K1 <input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> StrepB <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		

Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire : 132.ResultSentHealthFacility

Date d'envoi de l'échantillon au labo de région / Réf : 133.SpecimenSentRegionalNRL

NOM DU LABORATOIRE DE REGION : 134.RegionLab

Numéro dans le registre labo de région : 135.SpecimenIDRegion

Date de réception : 136.DateReceivedRegion	Echantillon reçu : <input type="checkbox"/> Tube sec 138.DryTubeRegion <input type="checkbox"/> Trans-Isolate 139.TIRegion	Conditions de transport : <input type="checkbox"/> Adéquates <input type="checkbox"/> Non adéquates 142.SpecimenConditionRegion
Heure : 137.TimeSpecimenReceivedRegion / H / Min	<input type="checkbox"/> Cryotube 140.CryotubeRegion <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 141.OtherMediaRegion	
Aspect du prélèvement : <input type="checkbox"/> Clair 143.AspectRegion <input type="checkbox"/> Trouble <input type="checkbox"/> Hématique <input type="checkbox"/> Xanthochromique <input type="checkbox"/> Louche <input type="checkbox"/> Purulent <input type="checkbox"/> Non fait		
Type de tests effectués : <input type="checkbox"/> Cytologie 144.LabTestCYTOLOGIERegion <input type="checkbox"/> Gram 145.LabTestGRAMRegion <input type="checkbox"/> TDR 146.LabTestTDRRegion <input type="checkbox"/> Latex 147.LabTestLATEXRegion <input type="checkbox"/> Culture 148.LabTestCULTURERegion <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 149.LabTestAUTRERegion		
Cytologie : Leucocytes 150.WhiteCellCountRegion / mm3 PN 151.PolyPercentRegion % LYMPH 152.MonoPercentRegion % <input type="checkbox"/> Non fait 153.CytologyRegionNotDone		
Gram : <input type="checkbox"/> DGP 154.GramRegion <input type="checkbox"/> DGN <input type="checkbox"/> BGP <input type="checkbox"/> BGN <input type="checkbox"/> Autres pathogènes (préciser) : 155.GramOtherRegion <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
TDR réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> No fait 156.TDR_MeningitisRegion		
Type RDT : <input type="checkbox"/> Pastorex 157.TDR_TypeRegion <input type="checkbox"/> Bandelette du CERMES <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 158.TestAUTRERegion	Résultats TDR : 159.TDR_OtherResultsRegion	
Latex : <input type="checkbox"/> NmA 160.LatexRegion <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW / Y <input type="checkbox"/> NmB / E. coli K1 <input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> StrepB <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
Culture : 161.CultureRegion <input type="checkbox"/> NmA <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW <input type="checkbox"/> NmY <input type="checkbox"/> NmB <input type="checkbox"/> NmX <input type="checkbox"/> Nm indéterminé <input type="checkbox"/> StrepB <input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi non-b <input type="checkbox"/> Autre germe (préciser) : 162.CultureOtherRegion <input type="checkbox"/> Contaminé <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Non Applicable	Antibiogramme : Amoxicilline 163.AmoxicillinRegion <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Ceftriaxone 164.CeftriaxoneRegion <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Chloramphénicol 165.ChloramphenicolRegion <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Penicillin G 166.PenicillinRegion <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Oxacilline 167.OxacillineRegion <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Autre : 168.OtherAntibioticRegion <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait 169.OtherAntibioticSensitivityRegion	

Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire : 170.ResultSentHF / Region

Date d'envoi de l'échantillon au labo de région / Réf : 171.SpecimenSentNRL

NOM DU LABORATOIRE NATIONAL DE REFERENCE : 172.NRL

Numéro dans le registre labo de référence : 173.SpecimenIDNRL

Date de réception : 174.DateReceivedNRL /	Echantillon reçu : <input type="checkbox"/> Tube sec 176.DryTubeNRL <input type="checkbox"/> Trans-Isolate 177.TINRL	Conditions de transport : <input type="checkbox"/> Adéquates <input type="checkbox"/> Non adéquates 180.SpecimenConditionNRL
Heure : 175.TimeSpecimenReceivedNRL / H / Min	<input type="checkbox"/> Cryotube 178.CryotubeNRL <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 179.OtherMediaNRL	
Aspect du prélèvement : <input type="checkbox"/> Clair 181.AspectNRL <input type="checkbox"/> Trouble <input type="checkbox"/> Hématique <input type="checkbox"/> Xanthochromique <input type="checkbox"/> Louche <input type="checkbox"/> Purulent <input type="checkbox"/> Non fait		
Type de tests effectués : <input type="checkbox"/> Cytologie 182.LabTestCYTOLOGIENRL <input type="checkbox"/> Gram 183.LabTestGRAMNRL <input type="checkbox"/> TDR 184.LabTestTDRNRL <input type="checkbox"/> Latex 185.LabTestLATEXNRL <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 186.LabTestCULTURENRL 187.LabTestAUTRENRL		
Cytologie : Leucocytes 188.WhiteCellCountNRL / mm3 PN 189.PolyPercentNRL % LYMPH 190.MonoPercentNRL % <input type="checkbox"/> Non fait 191.CytologyNRLNotDone		
Gram : <input type="checkbox"/> DGP 192.GramNRL <input type="checkbox"/> DGN <input type="checkbox"/> BGP <input type="checkbox"/> BGN <input type="checkbox"/> Autres pathogènes (préciser) : 193.GramOtherNRL <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
TDR réalisé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> No fait 194.TDR_MeningitisNRL		
Type RDT : <input type="checkbox"/> Pastorex 195.TDR_TypeNRL <input type="checkbox"/> Bandelette du CERMES <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : 196.TestAUTRENRL	Résultats TDR : 197.TDR_OtherResultsNRL	
Latex : <input type="checkbox"/> NmA 198.LatexNRL <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW / Y <input type="checkbox"/> NmB / E. coli K1 <input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> StrepB <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait		
Culture : 199.CultureNRL <input type="checkbox"/> NmA <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW <input type="checkbox"/> NmY <input type="checkbox"/> NmB <input type="checkbox"/> NmX <input type="checkbox"/> Nm indéterminé <input type="checkbox"/> StrepB <input type="checkbox"/> S. pneumoniae <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi non-b <input type="checkbox"/> Autre germe (préciser) : 200.CultureOtherNRL <input type="checkbox"/> Contaminé <input type="checkbox"/> Négative <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Non Applicable	Antibiogramme : Amoxicilline 201.Amoxicillin <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Ceftriaxone 202.Ceftriaxone <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Chloramphénicol 203.Chloramphenicol <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Penicillin G 204.Penicillin <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Oxacilline 205.Oxacilline <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait Autre : 206.OtherAntibiotic <input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Non fait 207.OtherAntibioticSensitivity	
PCR : <input type="checkbox"/> NmA <input type="checkbox"/> NmC <input type="checkbox"/> NmW <input type="checkbox"/> NmY <input type="checkbox"/> NmB <input type="checkbox"/> NmX <input type="checkbox"/> Nm indéterminé <input type="checkbox"/> S. pneumoniae (préciser le génotype) : 209.Genotype_Sp 208.PCR <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> Hi non-b <input type="checkbox"/> Contaminé (préciser) : 210.FinalResultOtherNRL <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Non applicable		

Type of PCR :  Conventielle  Temps réel Date PCR : 212.DatePCR /

211.PCRType

Observations : 213.ObservationsNRL

Résultat final du laboratoire : Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire : 215.DateResultsSentHF

214.FinalResultNRL

Service de Surveillance / Ministère de la santé : 216.DateFinalResultsSentMOH

Classification finale niveau national :

 Confirmé 217.FinalClassification  Probable  Suspect

# Dictionnaire de données

Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/Optionnel
1	EpidNumber	Numéro identifiant unique		Identifiant unique du cas constitué de : pays-region-district-année-maladie-numéro du cas	Texte (lecture seule)	Obligatoire
2	Year	Année		Année de notification du cas	Numérique####	Obligatoire
3	Disease	Maladie		Maladie objet de notification	Commentaire legal	Obligatoire
4	CaseNumber	Numéro du cas		Numéro unique du cas: attribué au niveau du district	Numérique####	Obligatoire
5	HealthFacility	Formation sanitaire		Nom de la formation sanitaire notifiant le cas	Texte	Obligatoire
6	SubDistrict	Sous-district		Nom du sous district ou de la zone de surveillance notifiant le cas	Valeur legale	Optionnel
7	District	District notifiant		Nom du district notifiant le cas	Valeur legale	Obligatoire
8	Region	Région notifiant		Nom de la région notifiant le cas	Valeur legale	Obligatoire
9	FamilyName	Nom du patient		Nom du patient	Texte (MAJUSCULE)	Obligatoire
10	FirstName	Prénom (s) du patient		Prénom (s) du patient	Texte (MAJUSCULE)	Obligatoire
11	DateOfBirth	Date de naissance		Date de naissance du patient	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
12	AgeYears	Ag en année)		Age en année si le patient à un âge ≥ 12 mois	Numérique##	Obligatoire
13	AgeMonths	Age en mois		Age en mois, si le patient a un âge <12 mois	Numérique##	Obligatoire
14	AgeDays	Age en jourse		Age en jours, si le patient a un âge <1 mois	Numérique##	Obligatoire
15	Sex	Sexe	1-Masculin 2-Feminin 9-Inconnu	Sexe du patient	Commentaire legal	Obligatoire
16	Profession	Profession		Occupation du patient	Texte	Optionnel
17	DistrictOfResidence	District de résidence		District de residence du patient	Valeur legale	Obligatoire
18	SubDistrictofResidence	Sous-district de résidence		Sous-district de residence du patient	Valeur legale	Optionnel
19	Village	Ville/ Village		Village ou ville de residence du patient	Texte (MAJUSCULE)	Obligatoire
20	Neighborhood	Quartier/Secteur		Quartier ou secteur de résidence du patient	Texte (MAJUSCULE)	Optionnel
21	Address	Adresse		Adresse du patient	Texte (MAJUSCULE)	Optionnel
22	UrbanRural	Urbain/Rural	1-Urbain 2-Rural 9-Inconnu	Indiquer si le cas reside en milieu urbain ou en milieu rural	Commentaire legal	Optionnel
23	ParentName	Nom du père/de la mère/du tuteur		Nom des parents ou du tuteur du patient	Texte (MAJUSCULE)	Optionnel
24	PhoneNum	Numéro de téléphone		Numéro de telephone du patient, des parents ou du tuteur	Texte	Optionnel
25	DateConsultation	Date de consultation		Date à laquelle le patient a été envoyé à la formation sanitaire	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
26	DateOnset	Date de début des symptômes		Date de début des premiers symptômes	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
27	Fever	Fièvre		Le patient a-t-il la fièvre	Case à cocher	Optionnel
28	NeckStiff	Raideur du cou		Le patient a-t-il une raideur du cou	Case à cocher	Optionnel
29	Headache	Céphalées		Le patient a-t-il des céphalées	Case à cocher	Optionnel

Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/Optionnel
30	BulgFontanel	Bombement de la fontanelle		Le patient a-t-il un bombement de la fontanelle	Case à cocher	Optionnel
31	Convulsion	convulsions		Le patient a-t-il des convulsions	Case à cocher	Optionnel
32	AltConsciousness	Altération de la conscience		Le patient a-t-il une altération de la conscience	Case à cocher	Optionnel
33	Rash	Eruption cutanée		Le patient a-t-il une éruption cutanée	Case à cocher	Optionnel
34	Photophobia	Photophobie		Le patient a-t-il une photophobie	Case à cocher	Optionnel
35	Nausea	Nausée		Le patient a-t-il des nausées	Case à cocher	Optionnel
36	Vomiting	Vomissements		Le patient a-t-il des vomissements	Case à cocher	Optionnel
37	Diarrhea	Diarrhée		Le patient a-t-il la diarrhée	Case à cocher	Optionnel
38	OtherSx	Autres symptômes		Préciser autres symptômes observés	Texte	Optionnel
39	SxInconnu	Inconnu		Symptômes inconnus	Case à cocher	Optionnel
40	AntibioticTx	Traitement antibiotique	1-Amoxicilline 2-Ceftriaxone 3-Chloramphénicol 4-Penicillin G 5-Oxacilline 6-Autre 7-Inconnu	Préciser le traitement antibiotique administré au patient	Commentaire legal	Optionnel
41	OtherAbx	Autre antibiotique		Si autre, préciser l'antibiotique administré au patient	Texte	Optionnel
42	DateAbx	Date d'administration de la première dose d'antibiotique		Date d'administration de la première dose antibiotique au patient	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
43	InOutPatient	Statut d'hospitalisation	1-Patient hospitalisé 2-Externe 9-Inconnu	Patient hospitalisé ou externe	Commentaire legal	Optionnel
44	Outcome	Evolution du Patient	1-Guéri 2-Décédé 3-En traitement 4-Referé 9-Inconnu	Evolution du patient	Commentaire legal	Obligatoire
45	VaccinationStatus	Statut vaccinal	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Patient a reçu ou non un vaccin contre la méningite	Commentaire legal	Obligatoire
46	MenAC	MenAC (PS)	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu le vaccin MenAC (polysaccharide)	Commentaire legal	Obligatoire
47	DateMenAC	Date de vaccination: MenAC (PS)		Date de la dernière dose de MenAC (polysaccharide)	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
48	SourceMenAC	Source d'information: MenAC (PS)	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information pour le MenAC (polysaccharide)	Commentaire legal	Obligatoire
49	MenACW	MenACW (PS)	1-Oui 2-No 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu le MenACW (polysaccharide)	Commentaire legal	Obligatoire
50	DateMenACW	Date de vaccination: MenACW (PS)		Date de la dernière dose de MenACW (polysaccharide)	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
51	SourceMenACW	Source d'information: MenACW (PS)	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information pour le MenACW (polysaccharide)	Commentaire legal	Obligatoire
52	MenACWY	MenACWY (PS)	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu le MenACWY (polysaccharide)	Commentaire legal	Obligatoire



Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/ Optionnel
53	DateMenACWY	Date de vaccination: MenACWY (PS)		Date de la dernière dose de MenACWY (polysaccharide)	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
54	SourceMenACWY	Source d'information: MenACWY (PS)	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information pour MenACWY (polysaccharide)	Commentaire legal	Obligatoire
55	MenA	Conjugué MenA	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu le MenA conjugué (MenAfriVac)	Commentaire legal	Obligatoire
56	DateMenA	Date de vaccination: Conjugué MenA		Date de la dernière dose de MenA conjugué	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
57	SourceMenA	Source d'information: Conjugué MenA	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information pour le MenA conjugué	Commentaire legal	Obligatoire
58	MenC	Conjugué MenC	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu le MenC conjugué	Commentaire legal	Obligatoire
59	DateMenC	Date de vaccination: Conjugué MenC		Date de la dernière dose de MenC conjugué	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
60	SourceMenC	Source d'information: Conjugué MenC	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information pour le MenC conjugué	Commentaire legal	Obligatoire
61	Menactra	Menactra	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu le vaccin Menactra	Commentaire legal	Obligatoire
62	DateMenactra	Date de vaccination: Menactra		Date de la dernière dose de Menactra	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
63	SourceMenactra	Source d'information: Menactra	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information pour le Menactra	Commentaire legal	Obligatoire
64	PCV1	PCV13-1	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu la première dose de PCV13	Commentaire legal	Obligatoire
65	DatePCV1	Date de vaccination: PCV1		Date de la première dose de PCV13	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
66	SourcePCV1	Source d'information: PCV1	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information de la première dose de PCV13	Commentaire legal	Obligatoire
67	PCV2	PCV13-2	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu la seconde dose de PCV13	Commentaire legal	Obligatoire
68	DatePCV2	Date de vaccination: PCV2		Date de la seconde dose de PCV13	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
69	SourcePCV2	Source d'information: PCV2	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information de la seconde dose de PCV13	Commentaire legal	Obligatoire
70	PCV3	PCV13-3	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu la troisième dose de PCV13	Commentaire legal	Obligatoire

Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/ Optionnel
71	DatePCV3	Date de vaccination: PCV3		Date de la troisième dose de PCV13	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
72	SourcePCV3	Source d'information: PCV3	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information de la troisième dose de PCV13	Commentaire legal	Obligatoire
73	Hib1	Hib 1	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu la première dose de Hib	Commentaire legal	Obligatoire
74	DateHib1	Date de vaccination: Hib1		Date de la première dose de Hib	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
75	SourceHib1	Source d'information: Hib1	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information de la première dose de Hib	Commentaire legal	Obligatoire
76	Hib2	Hib 2	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu la seconde dose de Hib	Commentaire legal	Obligatoire
77	DateHib2	Date de vaccination: Hib2		Date de la seconde dose de Hib	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
78	SourceHib2	Source d'information: Hib2	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information de la seconde dose de Hib	Commentaire legal	Obligatoire
79	Hib3	Hib 3	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Le patient a-t-il reçu la troisième dose de Hib	Commentaire legal	Obligatoire
80	DateHib3	Date de vaccination: Hib3		Date de la troisième dose de Hib	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
81	SourceHib3	Source d'information: Hib3	1-Carnet de vaccination 2-Registre de vaccination 3-Déclaration verbale 9-Inconnu	Source d'information de la troisième dose de Hib	Commentaire legal	Obligatoire
82	SpecimenSource	Conditionnement	1-LCR 2-Sang 3-Urine 9-Inconnu	Source du prélèvement	Commentaire legal	Obligatoire
83	SpecimenSourceOther	Autre conditionnement (préciser)		Préciser autre source de prélèvement	Texte	
84	SpecimenCollected	Echantillon prélevé	1-Oui 2-Non 9-Inconnu	Un prélèvement de LCR a-t-il été effectué?	Commentaire legal	Obligatoire
85	SpecimenNONTcollected_why	Si Nonn pourquoi	1-Absence de kit 2-Absence de compétence 3-Contre-indication PL 4-Autre	Raisons de non prélèvement	Commentaire legal	Optionnel
86	SpecimenNONTcollected_Other	Autre raison de Non prélèvement		Préciser autres raisons de non prélèvement	Texte	Optionnel
87	DateSpecimenCollected	Date de prélèvement		Date de prélèvement	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
88	TimeSpecimenCollected	Heure de prélèvement		Heure de prélèvement	Heure	Optionnel

Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/Optionnel
89	ASPECT	Aspect du prélèvement	1-Clair 2-Trouble 3-Hématique 4-Xanthochromique 5-Louche 9-Non fait	Utiliser le terme correspondant à celui qui est utilisé dans le pays	Commentaire legal	Obligatoire
90	TransportMedia_ INoncultationTime	Heure d'ensemencement dans le milieu de transport		Heure d'inoculation dans le milieu de transport	Heure	Optionnel
91	SpecimenSentToLab	Echantillon envoyé au laboratoire	1-Oui 2-Non	Le prélèvement a-t-il été envoyé au laboratoire	Commentaire legal	Obligatoire
92	SpecimenNONTSentToLab_Why	Si Nonn pourquoi		Raisons de non envoi du prélèvement au laboratoire	Texte	Optionnel
93	DateCSFSentDistrict	Date d'envoi du prélèvement au laboratoire du district		Date d'envoi du prélèvement au laboratoire du district	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
94	DateCSFSentRegional	Date d'envoi du prélèvement au laboratoire de région		Date d'envoi du prélèvement au laboratoire de région	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
95	DateCSFSentNRL	Date d'envoi du prélèvement au laboratoire de référence		Date d'envoi du prélèvement au laboratoire de référence	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
96	LabCSFSent	Nom du laboratoire d'analyse		Nom du laboratoire qui a reçu le prélèvement	Texte	Obligatoire
97	TransportMedia_Dry Tube	Tube sec		Prélèvement dans tube sec	Case à cocher	Obligatoire
98	TransportMedia_TI	TI		Prélèvement dans Trans-Isolate	Case à cocher	Obligatoire
99	TransportMedia_Cryotube	Cryotube		Prélèvement dans cryotube	Case à cocher	Obligatoire
100	TransportMedia_Other	Autre		Prélèvement dans autre tube (préciser)	Texte	Obligatoire
101	DateNontification	Date de Notification		Date de notification de la formation sanitaire à l'échelon supérieur	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
102	ReporterHF	Nonm de l'agent qui a rempli la fiche		Nom de l'agent qui a notifié le cas au niveau de la formation sanitaire	Texte (MAJUSCULE)	Optionnel
103	ReporterPhone	Numéro de téléphone de l'agent		Numéro de téléphone de l'agent ayant notifié le cas	Texte	Optionnel
104	DateFormSent	Date d'envoi de la fiche au distric		Date d'envoi de la fiche au niveau supérieur	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
105	DateFormReceived	Date de réception de la fiche au district		Date de réception de la fiche au niveau supérieur	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
106	DistrictLab	Nom du laboratoire du district		Nom du laboratoire d'analyse au district	Texte	Obligatoire
107	SpecimenIDDistrict	Numéro dans le registre du labo du district		Numéro dans le registre du labo du district	Texte	Optionnel
108	DateReceivedDistrict	Date de réception au labo du district		Date de réception d prélèvement au laboratoire du district	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
109	TimeSpecimenReceivedDistrict	Heure		Heure de réception d prélèvement au laboratoire du district	Heure	Optionnel
110	DryTubeDistrict	Tube sec reçu au district		Prélèvement reçu dans tube sec	Case à cocher	Obligatoire
111	TIDistrict	TI reçu au district		Prélèvement reçu dans Trans-Isolate	Case à cocher	Obligatoire
112	CryotubeDistrict	Cryotube reçu au district		Prélèvement reçu dans cryotube	Case à cocher	Obligatoire
113	OtherMediaDistrict	Autre tube reçu au district		Préciser autre tube reçu au laboratoire du district	Texte	Optionnel

Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/ Optionnel
114	SpecimenConditionDistrict	Condition de transporta au district	1-Adéquate 2-Non adéquate	Conditions de transport des échantillons : 1-Adequates (tenir compte du volume et de la température) ou 2-Non adéquates (si fissuré, vide, température incorrect, volumen insuffisant ou étiquetage illisible)	Commentaire legal	Obligatoire
115	AspectDistrict	Aspect du prélèvement (district)	1-Clair 2-Trouble 3-Hématique 4-Xanthochromique 5-Louche 6-Purulent 9-Non fait	Utiliser le terme correspondant à celui qui est utilisé dans le pays	Commentaire legal	Obligatoire
116	LabTestCYTOLOGIEDistrict	Type de tests effectués		Si la cytologie a été effectuée	Case à cocher	Obligatoire
117	LabTestGRAMDistrict	Type de tests effectués		Si le gram a été réalisé	Case à cocher	Obligatoire
118	LabTestTDRDistrict	Type de tests effectués		Si le TDR a été effectué	Case à cocher	Obligatoire
119	LabTestLATEXDistrict	Type de tests effectués		Si le latex a été réalisé	Case à cocher	Obligatoire
120	LabTestAUTREDistrict	Type de tests effectués		Préciser autre type de test réalisé	Texte	Obligatoire
121	WhiteCellCountDistrict	Leucocytes (district)		Nombre de globules blanc au laboratoire du district	Numérique	Obligatoire
122	PolyPercentDistrict	Polynucléaires % (district)		Pourcentage de polynucléaire au laboratoire du district	Numérique	Optionnel
123	MoNonPercentDistrict	Lymphocytes % (district)		Pourcentage de lymphocytes au laboratoire du district : une élévation des lymphocytes indique une inflammation des méninges	Numérique	Optionnel
124	CytologyDistrictNontDone	Cytologie (district)		Préciser si la cytologie n'a pas été effectuée au niveau du district	Case à cocher	Optionnel
125	GramDistrict	Gram (district)	1-DGP 2-DGN 3-GPB 4-BGN 5-autre pathogène 6-Négatif 7-Non fait	Germes identifiés au Gram au laboratoire du district	Commentaire legal	Obligatoire
126	GramOtherDistrict	Gram - autre (district)		Si autre germe, préciser les autres pathogènes identifiés au laboratoire du district	Texte	Optionnel
127	TDR_MeningitisDRS	Test de DiagNonstic Rapide (district)	1-Oui 2-Non 3-Non fait	TDR méningite réalisé au laboratoire du district	Commentaire legal	Optionnel
128	TDR_TypeDRS	Type de Test de DiagNonstic Rapide (district)	1-Pastorex 2-Bandelettes CERMES 3-autre (préciser)	Type de TDR Meningite réalisé au laboratoire du district	Commentaire legal	Optionnel
129	TestAUTREDistrict	Autre type de TDR (préciser le Nonm)		Préciser le type et les résultats d'autres tests effectués au laboratoire du district	Texte	Optionnel
130	TDR_OtherResultsDRS	TDR méningite (district)	1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-Negatif 6-Non fait	Résultats TDR au laboratoire du district	Commentaire legal	Optionnel

Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/Optionnel
131	LatexDistrict	Latex (district)	1-NmA 2-NmC 3-NmW/Y 4-NmB/E. coli K1 5-S. pneumoniae 6-Hib 7-StrepB 8-Negatif 9-Non fait	Résultats de Latex au laboratoire du district	Commentaire legal	Optionnel
132	ResultSentHealthFacility	Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire		Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire ayant notifié le cas	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
133	SpecimenSentRegionalNRL	Date d'envoi des prélèvements au laboratoire de région ou de référence		Date d'envoi des prélèvements au laboratoire de région ou de référence	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
134	RegionLab	Nom du laboratoire de région	Liste spécifique du pays	Nom du laboratoire de région ayant reçu le prélèvement	Texte	Obligatoire
135	SpecimenIDRegion	Numéro dans le registre du labo de région		Numéro du prélèvement dans le registre du labo de région	Texte	Optionnel
136	DateReceivedRegion	Date de réception au laboratoire de région		Date de réception du prélèvement au laboratoire de région	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
137	TimeSpecimenReceivedRegion	Heure		Heure de réception du prélèvement au laboratoire de région	Heure	Optionnel
138	DryTubeRegion	Tube sec (region)		Prélèvement reçu dans tube sec au laboratoire de région	Case à cocher	Obligatoire
139	TIRegion	TI (region)		Prélèvement reçu dans Trans-Isolate au laboratoire de région	Case à cocher	Obligatoire
140	CryotubeRegion	Cryotube (region)		Prélèvement reçu dans cryotube au laboratoire de région	Case à cocher	Obligatoire
141	OtherMediaRegion	Autre		Préciser autre tube reçu au laboratoire de région	Texte	Optionnel
142	SpecimenConditionRegion	Conditions de transport (region)	1-Adéquate 2-Non adéquate	Conditions de transport des échantillons : 1-Adequates (tenir compte du volume et de la température) ou 2-Non adéquates (si fissuré, vide, température incorrect, volumen insuffisant ou étiquetage illisible)	Commentaire legal	Obligatoire
143	AspectRegion	Aspect du prélèvement (region)	1-Clair 2-Trouble 3-Hématique 4-Xanthochromique 5-Louche 6-Purulent 9-Non fait	Utiliser le terme correspondant à celui qui est utilisé dans le pays	Commentaire legal	Obligatoire
144	LabTestCYTOLOGIERegion	Type de tests effectués		Cytologie réalisée au laboratoire de région	Case à cocher	Obligatoire
145	LabTestGRAMRegion	Type de tests effectués		Gram réalisé au laboratoire de région	Case à cocher	Obligatoire
146	LabTestTDRRegion	Type de tests effectués		TDR méningite effectué au laboratoire de région	Case à cocher	Obligatoire
147	LabTestLATEXRegion	Type de tests effectués		Latex réalisé au laboratoire de région	Case à cocher	Obligatoire
148	labTestCULTURERegion	Type de tests effectués		Culture réalisée au laboratoire de région	Case à cocher	Obligatoire
149	LabTestAUTRERegion	Type de tests effectués		Autre test réalisé au laboratoire de région	Texte	Optionnel
150	WhiteCellCountRegion	Leucocytes (region)		Nombre de leucocytes au laboratoire de région	Numérique	Obligatoire
151	PolyPercentRegion	Polynucléaires % (region)		Pourcentage de polynucléaires au laboratoire de région	Numérique	Optionnel

Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/Optionnel
152	MoNonPercentRegion	Lymphocytes % (region)		Pourcentage de Lymphocytes au laboratoire de région (une élévation des lymphocytes indique une inflammation des méningites)	Numérique	Optionnel
153	CytologyRegionNontDone	Cytologie (region)		Préciser si la cytologie n'a pas été réalisée au laboratoire de région	Case à cocher	Optionnel
154	GramRegion	Gram (region)	1-DGP 2-DGN 3-BGP 4-BGN 5-autre pathogène 6-Négatif 7-Non fait	Germes identifiés au Gram au laboratoire de région	Commentaire legal	Obligatoire
155	GramOtherRegion	Gram-autre (region)		Si autre germe, préciser les autres pathogène identifiés au laboratoire de région	Texte	Obligatoire
156	TDR_MeningitisRegion	TDR Meningitis (region)	1-Oui 2-Non 3-Non fait	TDR méningite réalisé au laboratoire de région	Commentaire legal	Obligatoire
157	TDR_TypeRegion	Type de TDR (region)	1-Pastorex 2-Bandelettes CERMES 3-autre	Type de TDR réalisé au laboratoire de région	Commentaire legal	Obligatoire
158	TestAUTRERegion	Autre test (préciser le Nom)		Préciser les autres tests utilisés	Texte	Optionnel
159	TDR_OtherResultsRegion	TDR Meningitis (region)	1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-Negatif 6-Non fait	Résultats TDR au laboratoire de région	Commentaire legal	Obligatoire
160	LatexRegion	Latex (region)	1-NmA 2-NmC 3-NmW/Y 4-NmB/E. coli K1 5-S. pneumoniae 6-Hib 7-StrepB 8-Negatif 9-Non fait	Résultats du Latex au laboratoire de région	Commentaire legal	Obligatoire
161	CultureRegion	Culture (region)	1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-NmB 6-NmX 7-Nm Indeterminé 8-StrepB 9-S. pneumoniae 10-Hib 11-Hi Non-b 12-autre germe (préciser) 13-Contaminé 14-Negatif 15-Non fait 16-Non applicable	Résultats de la culture au laboratoire de région	Commentaire legal	Obligatoire
162	CultureOtherRegion	Culture - autre (region)		Préciser autres germes identifiés à la culture au laboratoire de région	Texte	Optionnel
163	AmoxicillinRegion	Amoxicilline	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Resultats des tests de sensibilité pour l'amoxicilline au laboratoire de région	Commentaire legal	Optionnel
164	CeftriaxoneRegion	Ceftriaxone	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Resultats des tests de sensibilité pour ceftriaxone au laboratoire de région	Commentaire legal	Optionnel
165	ChloramphenicolRegion	Chloramphénicol	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Resultats des tests de sensibilité pour le Chloramphénicol au laboratoire de région	Commentaire legal	Optionnel



Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/Optionnel
166	PenicillinRegion	Penicilline	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Resultats des tests de sensibilité pour la pénicilline au laboratoire de région	Commentaire legal	Optionnel
167	OxacillineRegion	Oxacilline	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Resultats des tests de sensibilité pour l'oxacilline au laboratoire de région	Commentaire legal	Optionnel
168	OtherAntibioticRegion	autre antibiotique		Nom des autres antibiotiques testés au laboratoire de région	Texte	Optionnel
169	OtherAntibioticSensitivityRegion	Autre sensibilité antibiotique	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Résultats des tests de sensibilité des autres antibiotiques utilisés au laboratoire de région	Commentaire legal	Optionnel
170	ResultSentHF_Region	Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire		Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire ayant notifié le cas	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
171	SpecimenSentNRL	Date d'envoi des échantillons au laboratoire de référence		D Date d'envoi des échantillons au laboratoire de référence	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
172	NRL	Nom du laboratoire de référence		Nom du laboratoire de référence	Texte	Obligatoire
173	SpecimenIDNRL	Numéro dans le registre du laboratoire de référence		Numéro du prélèvement dans le registre du laboratoire de référence	Texte	Optionnel
174	DateReceivedNRL	Date de réception au laboratoire de référence		Date de réception du prélèvement au laboratoire de référence	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
175	TimeSpecimenReceivedNRL	Heure		Heure de réception du prélèvement au laboratoire de référence	Heure	Optionnel
176	DryTubeNRL	Tube sec (NRL)		Prélèvement reçu au LNR dans tube sec	Case à cocher	Obligatoire
177	TINRL	T-I (NRL)		Prélèvement reçu au LNR dans Trans-Isolate	Case à cocher	Obligatoire
178	CryotubeNRL	Cryotube (NRL)		Prélèvement reçu au LNR dans cryotube	Case à cocher	Obligatoire
179	OtherMediaNRL	Autre tube reçu (NRL)		Préciser autre tube reçu par le LNR	Case à cocher	Optionnel
180	SpecimenConditionNRL	Conditions de transport des échantillons (NRL)	1-Adéquate 2-Non adéquate	Conditions de transport des échantillons : 1-Adequates (tenir compte du volume et de la température) ou 2-Non adéquates (si fissuré, vide, température incorrect, volumen insuffisant ou étiquetage illisible)	Commentaire legal	Obligatoire
181	AspectNRL	Aspect (NRL)	1-Clair 2-Trouble 3-Hématique 4-Xanthochromique 5-Louche 6-Purulent 9-Non fait	Utiliser le terme correspondant à celui qui est utilisé dans le pays	Commentaire legal	Obligatoire
182	LabTestCYTOLOGIENRL	Type de tests effectués		Cytologie réalisée au LNR	Case à cocher	Obligatoire
183	LabTestGRAMNRL	Type de tests effectués		Gram effectué au LNR	Case à cocher	Obligatoire
184	LabTestTDRNRL	Type de tests effectués		TDR réalisé au LNR	Case à cocher	Obligatoire
185	LabTestLATEXNRL	Type de tests effectués		Latex réalisé au LNR	Case à cocher	Obligatoire
186	labTestCULTURENRL	Type de tests effectués		Culture réalisé au LNR	Case à cocher	Obligatoire
187	LabTestAUTRENRL	Type de tests effectués		Préciser autre test réalisé au LNR	Texte	Optionnel
188	WhiteCellCountNRL	Leucocytes (NRL)		Nombre de leucocytes au LNR	Numérique	Obligatoire

Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/ Optionnel
189	PolyPercentNRL	Polynucléaires % (NRL)		Pourcentage de polynucléaires au LNR	Numérique	Obligatoire
190	MoNonPercentNRL	Lymphocytes % (NRL)		Pourcentage de Lymphocytes au LNR (une élévation des lymphocytes indique une inflammation des méninges)	Numérique	Obligatoire
191	CytologyNRLNontDone	Cytologie (NRL)		Préciser si la cytologie n'a pas été réalisée au LNR	Case à cocher	Optionnel
192	GramNRL	Gram (NRL)	1-DGP 2-DGN 3-BGP 4-BGN 5-autre pathogène 6-Négatif 7-Non fait	Germes identifiés au Gram au LNR	Commentaire legal	Obligatoire
193	GramOtherNRL	Gram -autre (LNR)		Préciser autres germes identifiés au Gram au LNR	Texte	Obligatoire
194	TDR_MeningitisNRL	Test de DiagNonstic Rapide Méningite (LNR)	1-Oui 2-Non 3-Non fait	TDR méningite réalisé au LNR	Commentaire legal	Obligatoire
195	TDR_TypeNRL	Type de Test de DiagNonstic Rapide	1-Pastorex 2-Bandelette CERMES 3-autre	Type de TDR méningite réalisé au LNR	Commentaire legal	Obligatoire
196	TestAUTRENRL	Autre type de test (Nom et résultats)		Préciser les autres tests réalisés et les résultats au LNR	Texte	Optionnel
197	TDR_OtherResultsNRL	Rapid DiagNonstic Test Meningitis Results (LNR)	1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-Negatif 6-Non fait	Résultats TDR au LNR	Commentaire legal	Obligatoire
198	LatexNRL	Latex (LNR)	1-NmA 2-NmC 3-NmW/Y 4-NmB/E. coli K1 5-S. pneumoniae 6-Hib 7-StrepB 8-Negatif 9-Non fait	Résultats Latex au LNR	Commentaire legal	Obligatoire
199	CultureNRL	Culture (LNR)	1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-NmB 6-NmX 7-Nm Indeterminé 8-StrepB 9-S. pneumoniae 10-Hib 11-Hi Non-b 12-autre germe (préciser) 13-Contaminé 14-Negatif 15-Non fait 16-Non applicable	Resultats de la culture au LNR	Commentaire legal	Obligatoire
200	CultureOtherNRL	Culture - autre (LNR)		Préciser autres germes identifiés à la culture au LNR	Texte	Obligatoire
201	Amoxicillin	Amoxicilline	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Résultats des tests de sensibilité pour l'amoxicilline au LNR	Commentaire legal	Optionnel
202	Ceftriaxone	Ceftriaxone	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Résultats des tests de sensibilité pour la ceftriaxone au LNR	Commentaire legal	Optionnel
203	Chloramphenicol	Chloramphénicol	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Résultats des tests de sensibilité pour le chloramphénicol au LNR	Commentaire legal	Optionnel

Numéro de la Variable	Nom de la variable	Etiquette	Codification de la Variable	Définition	Format	Obligatoire/ Optionnel
204	Penicillin	Penicilline	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Résultats des tests de sensibilité pour la Pénicilline au LNR	Commentaire legal	Optionnel
205	Oxacilline	Oxacilline	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Résultats des tests de sensibilité pour l'oxacilline au LNR	Commentaire legal	Optionnel
206	OtherAntibiotic	autre antibiotique		Nom des autres tests d'antibiotique réalisé au LNR	Texte	Optionnel
207	OtherAntibioticSensitivity	Autre sensibilité antibiotique	1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait	Résultats des autres tests de sensibilité au LNR	Commentaire legal	Optionnel
208	PCR	PCR	1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-NmB 6-NmX 7-Nm Indeterminé 8-S. pneumoniae (préciser genotype) 9-Hib 10-Hi Non-b 11-Contaminé (préciser) 12-Negatif 13-Non fait 14-Non applicable	Serotype identifiés à la PCR selon l'algorithme des tests PCR	Commentaire legal	Obligatoire
209	GeNontype_Sp	Sérotypage du pneumocoque		Préciser les résultats de sérotypage du pneumocoque	Texte	Optionnel
210	FinalResultOtherNRL	Autre résultat final du laboratoire		Préciser autre germe identifié au LNR	Texte	Obligatoire
211	PCRType	Type de PCR	1-Conventionelle 2-Temps réel	PCR conventionnelle ou PCR en temps réel utilisé au LNR	Commentaire legal	Obligatoire
212	DatePCR	Date PCR (LNR)		Date de réalisation de la PCR	Date (jj/mm/aaaa)	Obligatoire
213	ObservationsNRL	Observations (LNR)		Observations du Laboratoire National de Référence	Texte	Optionnel
214	FinalResultNRL	Résultat final du laboratoire	1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-NmB 6-NmX 7-Nm Indeterminé 8-NmW/Y 9-NmB/E.coli K1 10. S. pneumoniae 11-Hib 12-Hi Non-b 13-StrepB 14-autre germe 15-Contaminé 16-Negatif 17-Non fait	Serotypes final attribué au cas par le LNR	Commentaire legal	Obligatoire
215	DateResultsSentHF	Date d'envoi du résultat final à la formation sanitaire/clinicien		Date d'envoi des résultats à la formation sanitaire ayant notifié le cas	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
216	DateFinalResultsSentMOH	Date d'envoi du résultat final au service de surveillance / Ministère de la santé		Date d'envoi des résultats au service de surveillance épidémiologique du ministère de la santé	Date (jj/mm/aaaa)	Optionnel
217	FinalClassification	Classification finale du cas (niveau national)	1-Confirmé 2-Probable 3-Suspect	Classification finale du cas selon les symptômes cliniques (definition de cas), epidemiologie et résultats de laboratoire : confirmé, probable, et suspect	Commentaire legal	Obligatoire