**Formulaire de notification 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 la surveillance de routine et en cas d'épidémie.

**INTRODUCTION**

Une surveillance de qualité et une confirmation rapide des cas au laboratoire 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 couramment rencontrés sont *Neisseria meningitidis* (Nm), *Streptococcus pneumoniae* (Sp) et *Haemophilus influenzae* (Hi). Il est essentiel de déterminer l’agent pathogène responsable afin d’informer les programmes de vaccination de routine et guider les interventions appropriées en cas d’épidémie.

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 sérogroupe 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.

Ce document est destiné à 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 surveiller et de notifier les cas suspects de méningite au ministère de la santé. Ce formulaire de notification de cas MenAfriNet (CRF) peut vous aider à gérer les cas, aussi bien pour la surveillance de routine qu’en cas d’épidémie.

**AVANT DE COMMENCER :**

Le formulaire de notification MenAfriNet a été révisé pour inclure toutes les variables de la surveillance basée sur les cas de méningite. Pour cela, il a été adapté pour prendre en compte les signes cliniques de la méningite, les examens de laboratoire (cytologie, test de diagnostic rapide, coloration de Gram, latex, culture, antibiogramme ou PCR) disponibles aux différents niveaux du système de santé et les éléments de conformité du transport des échantillons. Pour faciliter l’adaptation de ce formulaire par les pays, 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**

* Un formulaire de notification de cas (CRF) MenAfriNet pour la surveillance cas par cas de la méningite
* Un CRF MenAfriNet avec les noms des variables
* Un dictionnaire de données avec les noms des variables, leurs définitions, le format de données, et si les variables sont obligatoires ou facultatives pour la surveillance cas par cas.

Pour toute information sur l’utilisation de l’outil consulter : [**MenAfriNet.or**](http://www.menafrinet.org/)**g**

Vous pouvez également trouver des documents en versions téléchargeables et modifiables sur ce site Web, et les adapter aux besoins spécifiques de surveillance cas par cas 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](http://www.meningvax.org/files/WHO_SOP_EN_2009.pdf)  [régional de l’OMS pour l’Afrique visant à renforcer la](http://www.meningvax.org/files/WHO_SOP_EN_2009.pdf)  [surveillance de la méningite en Afrique](https://www.who.int/publications/i/item/standard-operating-procedures-for-surveillance-of-meningitis-preparedness-and-response-to-epidemics-in-africa)

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 cas par cas de la méningite, une fiche de notification remplie doit accompagner tout 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), Davycas International, 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, Évaluation et Recherche et Groupes de travail du Laboratoire pour leur contribution précieuse afin de parvenir à un consensus sur ce protocole, formulaire de notification, dictionnaire de données et variables clés.



Ajouter le logo du ministère de la Santé ici

le cas échéant

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. NUMÉRO D’IDENTIFICATION UNIQUE (EPID) :** **/ \_** **\_\_** **\_ / \_** **\_ \_ \_ / \_** **\_ \_ \_ / \_** **\_** **\_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_** **/**  (À ASSIGNER AU NIVEAU DU DISTRICT) Pays Région District Année Maladie Numéro de Cas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. NOM DE LA FORMATION SANITAIRE NOTIFIANT LE CAS :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **3. SOUS DISTRICT :** |  | | | | | | | | | **4. DISTRICT :** | | | | | | | | **5. RÉGION :** | | | | | | |
| **IDENTIFICATION DU PATIENT** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. NOM DU PATIENT :** | | | | | | | | | **7. PRENOM (S) DU PATIENT :** | | | | | | | | | | | | | |
| **8a. DATE DE NAISSANCE :**  / / *(jj/mm/aaaa****)* OU Age en année**: **OU Age en mois (si <12 mois)** : **OU Age en jours (si <1 mois)** : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Sexe : □** F-Féminin **□** M-Masculin □ 9- Inconnu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. Résidence du patient** *(Adresse) :* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11. Ville/Village :** | | | | | | | | | **12. □** U-**Urbain** □ R-**Rural** □ 9- **Inconnu** | | | | | | | | | | | | | |
| **13. Nom du père / de la mère / ou du tuteur :** | | | | | | | | | **14. Téléphone du patient ou des parents *(WhatsApp,Signal, etc.)* :** | | | | | | | | | | | | | |
| **15. Notes de contact avec les patients :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **16. Date de consultation :** / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | | | | | | **17. Date de début de la maladie :** / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | | | | | | | | | | |
| **18. Signes et symptômes :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fièvre : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | Céphalées : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | |
| Éruption cutanée : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | Bombement de la fontanelle : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | |
| Photophobie : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | Convulsions : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | |
| Raideur de la nuque : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | Altération de la conscience : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | |
| Vomissements : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | Diarrhée : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | |
| Nausées : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | Autre (*préciser*) : | | | | | | | | | | | | | |
| **19. Statut d’hospitalisation :** □ 1-Hospitalisé □ 2- Externe □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **20. Évolution du patient :** □ 1-Vivant (en traitement/Guéri) □ 2- Décédé □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUT VACCINAL** **21. Vacciné : □** 1-OUI □ 2-NON □ 9-INCONNU (*Si vacciné, veuillez remplir le reste de cette section)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **22. MenA (MenAfriVac; Conj.) :** | □ 1-Oui avec carnet/registre | | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non | | | | | | | | | □ 9-Inconnu | | | **Date de MenA** | | | | / / *(jj/mm/aaaa****)*** |
| **23. MenACWYX (Penta; Conj.) :** | □ 1-Oui avec carnet/registre | | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non | | | | | | | | | □ 9-Inconnu | | | **Date de MenACWYX** | | | | / / *((jj/mm/aaaa****)*** |
| **24. PCV :** | □ 1-Oui avec carnet/registre | | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non | | | | | | | | | □ 9-Inconnu | | | **Date de la dernière dose de PCV** | | | | / / *(jj/mm/aaaa****)*** |
| Nombre de doses | □ 1 □ 2 □ 3 | | | | |  | | |
| **25. Hib :** | □ 1-Oui par carte/inscription | | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non | | | | | | | | | □ 9-Inconnu | | | **Date de la dernière dose de Hib** | | | | / / *(jj/mm/aaaa****)*** |
| Nombre de doses | □ 1 □ 2 □ 3 | | | | |  | | | | | | |  | |  | | |
| **26. Autres :** | □ 1-Oui par carte/inscription | | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non | | | | | | | | | □ 9-Inconnu | | | **Date de la dernière dose d’un autre vaccin** | | | | / / *(jj/mm/aaaa****)*** |
| Nom du vaccin : |  | | | | |  | | | | | | |  | |  | | |
| **IDENTIFICATIOIN DE L’AGENT NOTIFIANT LE CAS :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **27. Nom du déclarant :** | | | | **28. Numéro de téléphone du déclarant :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **29. Date d’envoi du formulaire du district:** | / / | | | | | | *(jj/mm/aaaa****)*  30. Date de notification au district :** / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **31. Date d’envoi du formulaire du district :** / / *(jj/mm/aaaa)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ECHANTILLON PRELEVE :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **32. Échantillon prélevé :** □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu *(Note : SI NON, veuillez QUAND MÊME remplir le formulaire et l’envoyer au bureau de surveillance des maladies du district)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI OUI : Date du prélèvement de l’échantillon | | | | | | | | | | / / | | | | *(jj/mm/aaaa)* | | | | | | | | |
| **Type d’échantillon :** | | | □ 1-CSF | | | | | □ 2-Sang | | | □ 3-Autre (*préciser*) : | | | | | | | | |  | | |
| **Aspect du prélèvement :** | □ 1-Clair | □ 2-Trouble | | | □ 3-Hematique | | | | | □ 4-Xanthochromic | | □ 5-Citrin | | | | | □ 6-Louche | | □ 7-Purulent | | □ 9-Non fait | |

**Ajouter le logo du ministère de la Santé ici comme il convient**



|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **33. NOM DU LABORATOIRE DE DISTRICT :** | |  | | | **53. NOM DU LABORATOIRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE :** | |  |
| 34. Date de réception de l’échantillon au district : / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | | **54. Spécimen ID LNR :**  Échantillon étiqueté avec le numéro EPID : □ 1-Oui □ 2-Non  Date de réception de l’échantillon au LNR : / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | |
| 35. Date de réception du formulaire au district : / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | |
| **36. NOM DU LABORATOIRE DE RÉGION :** | |  | | | **55. Type de tube reçu au LNR** (*cochez toutes les réponses qui s’appliquent*) **:**  □ 1-Trans-isolate □ 2-Cryotube □ 3-Tube sec □ 4-Autre | | |
| 37. Date de réception de l’échantillon á la région : / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | |
| **ANALYSE DES ÉCHANTILLONS AU LABORATOIRE DE NIVEAU PÉRIPHÉRIQUE ET INTERMEDIAIRE :** | | | | | **56. Condition de l’échantillon (LNR) :**  Condition du tube sec : □ 1-Adéquat □ 2- Non adéquat  Condition du trans-isolant : □ 1-Adéquat □ 2- Non adéquat  Condition du cryotube : □ 1-Adéquat □ 2- Non adéquat | | |
| **CULTURE** | |  | | |
| 38. Nom du laboratoire de district ou de région : | | | | |
| **39. Résultat de la culture :**  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm Indéterminé □ 8-S. pneumo □ 9-Hib □ 10-Hinon-b  □ 11-Streptococcus B □ 12-Autre pathogène (*préciser*) :  □ 13-Contaminé □ 14-Négatif □ 15-Non fait | | | | |
| **57. Résultat de la culture (LNR) :**  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □ 4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm Indéterminé □ 8-S. pneumo □ 9-Hib □ 10-Hi non-b  □ 11-Strep B □ 12-Autre pathogène (*préciser*) :  □ 13-Contaminé □ 14-Négatif □ 15-Non fait | | |
| **GRAM** | | | | |
| **40. Nom du laboratoire de district ou de régional :** | | |  | |
| **41. Résultat Gram :**  □ 1-DGP □ 2-DGN □ 3-BGP □ 4-BGN  □ 5-Autres agents pathogènes (préciser) :  □ 6-Négatif □ 9-Non fait | | | | |
| **58. Résultat de la PCR (LNR) :**  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □ 4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm Indéterminé □ 8-S. pneumo □ 9-Hib □ 10-*Hi* non-b  □ 11-Streptococcus B □ 12-Autre pathogène (*préciser*) :  □ 13-Contaminé □ 14-Négatif □ 15-Non fait  **59. Date de la PCR :** / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | |
| **TDR** | |  |  | |
| **42. Nom du laboratoire de district ou der régional :** | | |  | |
| **43. Type de TDR :** | | |  | |
| **44. Résultat TDR :**  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □ 4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm Indéterminé □ 8-S. pneumo □ 9-Hib □ 10-Hi non-b  □ 11-Streptococcus B □ 12-Autre pathogène (*préciser*) :  □ 13-Contaminé □ 14-Négatif □ 15-Non fait | | | | |
| **60. Antibiogramme :**  Ceftriaxone : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait  Ciprofloxacine : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait  Pénicilline : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait  Oxacilline : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait  Autre (*préciser)* :  □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait | | |
| **LATEX**  **45. Nom du laboratoire de district ou de régional :**  **46. Résultat au latex :**  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW/Y  □ 4-NmB/E. coli K1 □ 5-NmX □ 6-S. pneumo  □ 7-Hib □ 8-StrepB □ 9-Négatif □ 10-Non fait | | | | |
| **61. Résultat final du laboratoire :**  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □ 4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm indéterminé □ 8-S. pneumo *(préciser le sérotype)*  □ 9-Hib □ 10-*Hi* non-b □ 11-Streptococcus B  □12-Autre organisme (*préciser*) :  □ 13-Contaminé □ 14-Négatif □ 15-Non fait | | |
| **C YTOLOGIE**  **47. Nom du laboratoire de district ou de région :**  **48. Nombre de globules blancs :**  /mm3 | | | | |
| **AUTRES TESTS EFFECTUÉS** |  | | | |
| **49. Autre test effectué :** | □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | |
| **50. Nom du laboratoire de district ou de régional :**  **51. Nom de l’autre ou des autres tests :**  **52. Résultat(s) :** | | | | | **62. Classification finale :**  □ 1-Confirmé □ 2-Probable □ 3- Suspect | | |
| **63. Observations (tous les laboratoires) :** | | | | |  |  | |
| TRANSMISSION FINALE DES RÉSULTATS DE LABORATOIRE : | | | | |  |  | |
| **64. Date d’envoi des résultats finaux au MS :** / / *(jj/mm/aaaa)*  **65. Date d’envoi des résultats finaux au district :** / / *(jj/mm/aaaa)* | | | | **66. Date d’envoi des résultats finaux à la formation sanitaire notifiant :** / / *(jj/mm/aaaa)*  **67. Date de réception des résultats finaux au district :** / / *(jj/mm/aaaa)* | | | |

Ajouter le logo du ministère de la Santé ici



le cas échéant

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. NUMÉRO D’IDENTIFICATION UNIQUE (EPID) :**1a.EpidNumber**/ \_** 1b.Country **\_ / \_** **\_ \_ \_ / \_** **\_ \_ \_ / \_**1c.Year **\_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ \_ \_ \_** **/**  (À ASSIGNER AU NIVEAU DU DISTRICT) Pays Région District Année Maladie Numéro de Cas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. NOM DE LA FORMATION SANITAIRE NOTIFIANT LE CAS :** 2.HealthFacility | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **3. SOUS DISTRICT :** 3.Subdistrict |  | | | | | | | | **4. DISTRICT :** 4.District | | | | | | | | | **5. RÉGION :** 5.Region | | | | | | | | |
| **PATIENT IDENTIFICATION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. NOM DU PATIENT :** 6.FamilyName | | | | | | | | | | **7. PRENOM (S) DU PATIENT :** 7.FirstName | | | | | | | | | | | | | | |
| **8a. DATE DE NAISSANCE :** 8a.DateOfBirth / / *(jj/mm/aaaa****)* OU Age en année** :8b.AgeYears **OU Age en mois (si <12 mois)** : 8c.AgeMonths**OU Age en jours (si <1 mois)** : 8d.AgeDays | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Sexe : □** F-Féminin **□** M-Masculin □ 9- Inconnu 9.Sex | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. Résidence du patient** *(Adresse) :* 10.DistrictResidence | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11. Ville/Village :** 11.Village | | | | | | | | | | **12. □** U-**Urbain** □ R-**Rural** □ 9- Inconnu 12.UrbanRural | | | | | | | | | | | | | | |
| **13. Nom du père / de la mère / ou du tuteur :** 13.ParentName | | | | | | | | | | **14. Téléphone du patient ou des parents *(WhatsApp,Signal, etc.)* :** 14.PhoneNum | | | | | | | | | | | | | | |
| **15. Notes de contact avec les patients :** 15.ContactNotes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **16. Date de consultation :** 16.DateConsultation/ / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | | | | | | | **17. Date de début de la maladie :** 17.DateOnset/ / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **18. Signes et symptômes :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18a Fever Fièvre : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | 18g Headache Céphalées : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | | |
| 18b Rash Éruption cutanée : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | 18h BulgeFontanel Bombement de la fontanelle : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | | |
| 18c Photophobia Photophobie : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | 18i Seizure Convulsions : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | | |
| 18d StiffNeck Raideur de la nuque : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | 18j AlteredConscious Altération de la conscience : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | | |
| 18e Vomiting Vomissements : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | 18k Diarrhea Diarrhée : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | | |
| 18f Nausea Nausées : □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | Autre (*préciser*) : 18L OtherSymptom | | | | | | | | | | | | | | |
| **19. Statut d’hospitalisation :** □ 1-Hospitalisé □ 2- Externe □ 9-Inconnu 19.InOutPatient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **20. Évolution du patient :** □ 1-Vivant (en traitement/Guéri) □ 2- Décédé □ 9-Inconnu 20.Outcome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUT VACCINAL** **21. Vacciné : □** 1-OUI □ 2-NON □ 9-INCONNU (*Si vacciné, veuillez remplir le reste de cette section)* 21.VaccinationStatus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **22. MenA (MenAfriVac; Conj.) :** 22a.MenA | □ 1-Oui avec carnet/registre | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | **Date de MenA** 22b.DateMenA | | | | | / / *(jj/mm/aaaa****)*** | |
| **23. MenACWYX (Penta; Conj.) :** 23a.Penta | □ 1-Oui avec carnet/registre | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | **Date de MenACWYX** 23b.DatePenta | | | | / / *((jj/mm/aaaa****)*** | | |
| **24. PCV :** 24a.PCV | □ 1-Oui avec carnet/registre | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | **Date de la dernière dose de PCV** 24b.DatePCV\_LASTDOSE | | | | / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | |
| Nombre de doses | □ 1 □ 2 □ 3 24c.DosePCV | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| **25. Hib :** 25a.Hib | □ 1-Oui avec carnet/registre | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | **Date de la dernière dose de Hib** 25b.DateHib\_LASTDOSE | | | | / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | |
| Nombre de doses | □ 1 □ 2 □ 3 25c.DoseHib | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| **26. Autres :** 26a.OtherVaccine | □ 1-Oui avec carnet/registre | | | | □ 2-Oui déclaration verbale □ 3-Non □ 9-Inconnu | | | | | | | | | | | | | **Date de la dernière dose d’un autre vaccin** 26b.DateOtherVaccine | | | | / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | |
| Nom du vaccin : | 26c.OtherVaccineName | | | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| **IDENTIFICATIOIN DE L’AGENT NOTIFIANT LE CAS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **27. Nom du déclarant :** 27.ReporterHF | | | | | | | | | | | **28. Numéro de téléphone du déclarant :** 28.ReporterPhone | | | | | | | | | | | | | |
| **29. Date de création du formulaire :** | 29.DateCreated / / | | | | | *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | **30. Date de notification au district :** 30.DateHFNotifiedDistrict | | | | | | | | | | | / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | |
| **31. Date d’envoi du formulaire au district:** / / *(jj/mm/aaaa)* 31.DateFormSentDistrict | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ECHANTILLON PRELEVE :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **32. Échantillon prélevé :** 32a.SpecimenCollected □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu *(Note : SI NON, veuillez QUAND MÊME remplir le formulaire et l’envoyer au bureau de surveillance des maladies du district)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI OUI : Date du prélèvement de l’échantillon : | | | | | | | | / / | | | | | *(jj/mm/aaaa)* 32b.DateSpecimenCollected | | | | | | | | | | | |
| **Type d’échantillon :**  32c.SpecimenType | | | □ 1-LCR | | | | □ 2-Sang | | | □ 3-Autre (*préciser*) : 32d.SpecimenTypeOther | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Aspect du prélèvement :** 32e.Aspect | □ 1-Clair | □ 2-Trouble | | □ 3-Hematique | | | | | □ 4-Xanthochromique | | | | | □ 5-Citrin | | | □ 6-Louche | | □ 7-Purulent | | | | | □ 9-Non fait |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **33. NOM DU LABORATOIRE DE DISTRICT :** | | 33.DistrictLab | | | **53. NOM DU LABORATOIRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE :** 53.LabNameNRL | |  |
| 34. Date de réception de l’échantillon au district : 34.DateSpecimenReceivedDistrict / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | | **54. Spécimen ID LNR :** 54a.SpecimenIDNRL  Échantillon étiqueté avec le numéro EPID : □ 1-Oui □ 2-Non 54b.SpecimenLabelID  Date de réception de l’échantillon au LNR : / / *(jj/mm/aaaa****)*** 54c.DateSpecimenReceivedNRL | | |
| 35. Date de réception du formulaire au district : 35.DateFormReceivedDistrict/ / *jj/mm/aaaa****)*** | | | | |
| **36. NOM DU LABORATOIRE RÉGIONAL :** | | 36.RegionLab | | | **55. Type de tube reçu au LNR** (*Cochez toutes les réponses qui s’appliquent*) **:** 55.ContainerType  □ 1-Trans-isolate □ 2-Cryotube □ 3-Tube sec □ 4-Autre | | |
| 37. Date de réception de l’échantillon à la région :37.DateSpecimenReceivedRegion / / *(jj/mm/aaaa****)*** | | | | |
| **ANALYSE DES ÉCHANTILLONS AU LABORATOIRE DE NIVEAU PÉRIPHÉRIQUE ET INTERMEDIAIRE :** | | | | | **56. Condition de l’échantillon au LNR :**  Condition du tube sec : □ 1-Adéquat □ 2- Non adéquat 56a.ConditionDrytubeNRL  Condition du trans-isolant : □ 1-Adéquat □ 2- Non adéquat 56b.ConditionTINRL  Condition du cryotube : □ 1-Adéquat □ 2- Non adéquat 56c.ConditionCryotubeNRL | | |
| **CULTURE** | |  | | |
| **38. Nom du laboratoire de district ou de région :**  38.LabNameCulture | | | | |
| **39. Résultat de la culture** : 39a.CulturePeripheral  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm Indéterminé □ 8-S. pneumo □ 9-Hib □ 10-*Hi* non-b  □ 11-Streptococcus B □ 12- Autre pathogène (*préciser*) :39b.CultureOtherPeripheral  □ 13-Contaminé □ 14-Négatif □ 15-Non fait | | | | |
| **57. Résultat de la culture LNR :** 57a.CultureNRL  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □ 4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm Indéterminé □ 8-S. pneumo □ 9-Hib □ 10-Hi non-b  □ 11-Strep B □ 12-Autre pathogène (*préciser*) : 57b.CultureOtherNRL  □ 13-Contaminé □ 14-négatif □ 15-Non fait | | |
| **GRAM** | | | | |
| **40. Nom du laboratoire de district ou de région:** 40.LabNameGram | | | | |
| **41. Résultat Gram :** 41a.GramResult  □ 1-DGP □ 2-DGN □ 3-BGP □ 4-BGN  □ 5-Autres pathogènes (préciser) : 41b.GramResultOther  □ 6-Négatif □ 9-Non fait | | | | |
| **58. Résultat de la PCR (LNR) :** 58a.PCR  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □ 4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm Indéterminé □ 8-S. pneumo □ 9-Hib □ 10-*Hi* non-b  □ 11-Streptococcus B □ 12-Autre pathogène (*préciser*): 58b.PCROther  □ 13-Contaminé □ 14-Négatif □ 15-Non fait  **59. Date de la PCR:** / / *(jj/mm/aaaa****)*** 59.DatePCR | | |
| **TDR** | |  |  | |
| **42. Nom du laboratoire de district ou de région:** | | | 42.LabNameRDT | |
| **43. Type de TDR :** 43.RDTType | | |  | |
| **44. Résultat TDR :** 44a.RDTResult  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □ 4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm Indéterminé □ 8-S. pneumo □ 9-Hib □ 10-Hi non-b  □ 11-Streptococcus B □ 12-Autre pathogène (*préciser*) : 44b.RDTResultOther  □ 13-Contaminé □ 14-Négatif □ 15-Non fait | | | | |
| **60. Antibiogramme :**  Ceftriaxone : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait 60a.Ceftriaxone  Ciprofloxacine : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait 60b.Ciprofloxacin  Pénicilline : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait 60c.Penicillin  Oxacilline : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait 60d.Oxacillin  Autre (*préciser)* : 60e.OtherAntibiotic  □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait 60f. OtherAntibioticResult | | |
| **LATEX**  **45. Nom du laboratoire de district de région:** 45.LabNameLatex  **46. Résultat en latex :** 46.LatexResult  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW/Y  □ 4-NmB/E. coli K1 □ 5-NmX □ 6-S. pneumo  □ 7-Hib □ 8-StrepB □ 9-Négatif □ 10-Non fait | | | | |
| **61. Résultat final du laboratoire :** 61a.FinalResultNRL  □ 1-NmA □ 2-NmC □ 3-NmW □ 4-NmY □ 5-NmB □ 6-NmX  □ 7-Nm indéterminé □ 8-S. pneumo *(préciser le sérotype)* 61b.SPNSerotype  □ 9-Hib □ 10-*Hi* non-b □ 11-Streptococcus B  □12-Autre pathogène (*préciser*) : 61c.FinalResultOtherNRL  □ 13-Contaminé □ 14-Négatif □ 15-Non fait | | |
| **CYTOLOGIE**  **47. Nom du laboratoire de district ou de région:** 47.LabNameCytology  **48. Nombre de leucocytes :**  48.WhiteCellCount /mm3 | | | | |
| **AUTRES TESTS EFFECTUÉS** |  | | | |
| **49. Autre test effectué :** 49.OtherTest | □ 1-Oui □ 2-Non □ 9-Inconnu | | | |
| **50. Nom du laboratoire de district ou de région:** 50.LabNameOther  **51. Autre test :** 51.OtherTestName  **52. Résultat(s) autre test :** 52.OtherTestResult | | | | | **62. Classification finale :**  62. FinalClassification  □ 1-Confirmé □ 2-Probable □ 3- Suspect | | |
| **63. Observations (tous les laboratoires) :** 63. Observations | | | | |  |  | |
| TRANSMISSION FINALE DES RÉSULTATS DE LABORATOIRE : | | | | |  |  | |
| **64. Date d’envoi des résultats au MS :** 64.DateResultsSentMOH / / *(jj/mm/aaaa)*  **65. Date d’envoi des résultats au district :**65.DateResultsSentDistrict / / *(jj/mm/aaaa)* | | | | **66. Date d’envoi des résultats à la formation sanitaire notifiant :** 66.DateResultsSentHF / /*(jj/mm/aaaa)*  **67. Date de réception des résultats au district :** 67.DateResultsReceivedDistrict / / *(jj/mm/aaaa)* | | | |

**Ajouter le logo du ministère de la Santé ici comme il convient**



**Dictionnaire de données**

| Numéro de la Variable | Nom de la variable | Étiquette | Codification de la Variable | Définition | Format | Obligatoire/ Optionnel |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| V001a | EpidNumber | Numéro EPID |  | Numéro unique d’identification de cas composé du numéro de notification de cas de pays-région-district-année-maladie | Texte (Chaque segment comporte 3 lettres, à l’exception de l’année et du numéro de notification. C.-à-d. BFA-SAH-NOS-22-MEN-0001) | Obligatoire |
| V001b | Country | Pays |  | Pays de notification des cas | Texte - Ceci est généralement noté avec 3 lettres majuscules (c’est-à-dire Burkina Faso = 'BFA') | Obligatoire |
| V001c | Year | Année Epi |  | Année de notification du cas | Numérique#### | Obligatoire |
| V002 | HealthFacility | Formation sanitaire |  | Nom de la formation sanitaire notifiant le cas | Texte | Obligatoire |
| V003 | Subdistrict | Sous-district déclarant |  | Nom du sous district ou de la zone de surveillance notifiant le cas | Texte | Obligatoire |
| V004 | District | District notifiant |  | Nom du district notifiant le cas | Texte | Obligatoire |
| V005 | Region | Région notifiant |  | Nom de la région notifiant le cas | Texte | Obligatoire |
| V006 | FamilyName | Nom du patient |  | Nom du patient | Texte (MAJUSCULE) | Obligatoire |
| V007 | FirstName | Prénom (s) du patient |  | Prénom (s) du patient | Texte (MAJUSCULE) | Obligatoire |
| V008a | DateOfBirth | Date de naissance |  | Date de naissance du patient | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V008b | AgeYears | Age en année |  | Age en année si le patient à un âge ≥ 12 mois | Numérique#### | Obligatoire |
| V008c | AgeMonths | Age en mois |  | Age en mois, si le patient a un âge <12 mois | Numérique#### | Obligatoire |
| V008d | AgeDays | Age en jours |  | Age en jours, si le patient a un âge <1 mois | Numérique#### | Obligatoire |
| V009 | Sex | Sexe | M-Masculin F-Féminin 9-Inconnu | Sexe du patient | Commentaire légal | Obligatoire |
| V010 | DistrictResidence | District de Résidence |  | District de résidence du patient | Valeur légale | Obligatoire |
| V011 | Village | Ville/village |  | Village ou ville de résidence du patient | Texte (MAJUSCULE) | Obligatoire |
| V012 | UrbanRural | Urbain/Rural | U-Urbain R-Rural 9-Inconnu | Indiquer si le cas réside en milieu urbain ou en milieu rural | Commentaire légal | Obligatoire |
| V013 | ParentName | Nom du père/de la mère/du tuteur |  | Nom des parents ou du tuteur du patient | Texte (MAJUSCULE) | Obligatoire |
| V014 | PhoneNum | Numéro de téléphone |  | Numéro de téléphone du patient, des parents ou du tuteur | Texte | Obligatoire |
| V015 | ContactNotes | Notes supplémentaires clarifiant le numéro fourni ou des instructions sur la façon de contacter le patient |  | Indication du fait que le numéro fourni est un numéro de téléphone ou un numéro sur une plate-forme de médias sociaux spécifique telle que WhatsApp, etc. Toutes les notes qu'un patient souhaite donner concernant les informations de contact | Texte | Optionnel |
| V016 | DateConsultation | Date de consultation au établissement de santé |  | Date à laquelle le patient a été envoyé à la formation sanitaire | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V017 | DateOnset | Date de début des symptômes |  | Date de début des premiers symptômes | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V018a | Fever | Fièvre | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il la fièvre | Case à cocher | Optionnel |
| V018b | Rash | Éruption cutanée | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il une éruption cutanée | Case à cocher | Optionnel |
| V018c | Photophobia | Photophobie | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il une photophobie | Case à cocher | Optionnel |
| V018d | StiffNeck | Raideur du nuque | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il une raideur du cou | Case à cocher | Optionnel |
| V018e | Vomiting | Vomissements | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il des vomissements | Case à cocher | Optionnel |
| V018f | Nausea | Nausée | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il des nausées | Case à cocher | Optionnel |
| V018g | Headache | Céphalées | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il des céphalées | Case à cocher | Optionnel |
| V018h | BulgeFontanel | Fontanelles bombées | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il un bombement de la fontanelle | Case à cocher | Optionnel |
| V018i | Seizure | Crise d'épilepsie/convulsion | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il des convulsions ou | Case à cocher | Optionnel |
| V018j | AlteredConscious | Conscience altérée | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il une altération de la conscience | Case à cocher | Optionnel |
| V018k | Diarrhea | Diarrhée | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Le patient a-t-il la diarrhée | Case à cocher | Optionnel |
| V018L | OtherSymptom | Autres symptômes (préciser) |  | Préciser autres symptômes observés | Texte | Optionnel |
| V019 | InOutPatient | Statut d’hospitalisation | 1-Patient hospitalisé 2-Ambulatoire 9-Inconnu | Patient hospitalisé ou externe | Commentaire légal | Obligatoire |
| V020 | Outcome | Évolution du patient | 1-Vivant (en traitement / guéri) 2-Décédé 9-Inconnu | Évolution du patient | Commentaire légal | Obligatoire |
| V021 | VaccinationStatus | Statut vaccinal | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Patient a reçu ou non un vaccin contre la méningite | Commentaire légal | Obligatoire |
| V022a | MenA | Vaccin reçu: vaccin conjugué MenAfriVac | 1-Oui par carnet/Registre vaccination  2-Oui par histoire verbale  3-Non 9-Inconnu | Si le patient a reçu le vaccin conjugué MenA (MenAfriVac) | Commentaire légal | Obligatoire |
| V022b | DateMenA | Date de vaccination: Vaccin conjugué monovalent MenAfriVac |  | Date du dernier vaccin conjugué MenA | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V023a | Penta | Vaccin reçu: Vaccin conjugué pentavalent ACWYX méningococcique | 1-Oui par carnet/Registre vaccination  2-Oui par histoire verbale  3-Non 9-Inconnu | Si le patient a reçu le vaccin conjugué pentavalent ACWYX contre le méningocoque | Commentaire légal | Obligatoire |
| V023b | DatePenta | Date de vaccination: Vaccin conjugué pentavalent ACWYX contre le méningocoque |  | Date du dernier vaccin conjugué pentavalent ACWYX contre le méningocoque | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V024a | PCV | Vaccin reçu: PCV | 1-Oui par carnet/Registre vaccination  2-Oui par histoire verbale  3-Non 9-Inconnu | Si le patient a reçu une dose de vaccin contre le PCV | Commentaire légal | Obligatoire |
| V024b | DatePCV\_LASTDOSE | Date de vaccination: PCV |  | Date de la plus récente vaccination contre le PCV | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V024c | DosePCV | Nombre de doses reçues : PCV |  | Nombre de doses de vaccination contre le PCV reçues | Case à cocher | Obligatoire |
| V025a | Hib | Vaccin reçu: Hib | 1-Oui par carnet/Registre vaccination  2-Oui par histoire verbale  3-Non 9-Inconnu | Si le patient a reçu l’un des vaccins Hib | Commentaire légal | Obligatoire |
| V025b | DateHib\_LASTDOSE | Date de vaccination : Hib |  | Date de la dernière dose de vaccination contre Hib | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V025c | DoseHib | Nombre de doses reçues : Hib |  | Nombre de doses de Hib reçues | Case à cocher | Obligatoire |
| V026a | OtherVaccine | Vaccin reçu: autre vaccin | 1-Oui par carnet/Registre vaccination  2-Oui par histoire verbale  3-Non 9-Inconnu | Si le patient a reçu d’autres vaccins pertinents | Commentaire légal | Optionnel |
| V026b | DateOtherVaccine | Date d’autre vaccin |  | Date de la dernière dose d’un autre vaccin | Date (jj/mm/aaaa) | Optionnel |
| V026c | OtherVaccineName | Nom d’autre vaccin |  | Nom d’un autre vaccin | Texte | Optionnel |
| V027 | ReporterHF | Nom 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) | Obligatoire |
| V028 | ReporterPhone | Numéro de téléphone de l’agent |  | Numéro de téléphone de l’agent ayant notifié le cas | Texte | Obligatoire |
| V029 | DateCreated | Date de création de la fiche |  | Date de création de la fiche du patient | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V030 | DateHFNotifiedDistrict | Date du district notifié par l’établissement de santé |  | Date du district notifié par l’établissement de santé | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V031 | DateFormSentDistrict | Date que le formulaire a été envoyé au district |  | Date que le fiche a été envoyé au bureau de surveillance du district | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V032a | SpecimenCollected | Echantillon prélevé | 1-Oui 2-Non 9-Inconnu | Un prélèvement de LCR a-t-il été effectué? | Commentaire légal | Obligatoire |
| V032b | DateSpecimenCollected | Date de prélèvement |  | Date de prélèvement | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V032c | SpecimenType | Type de spécimen | 1-LCR 2-Sang 3-Autre | Type d'échantillon prélevé | Commentaire légal | Obligatoire |
| V032d | SpecimenTypeOther | Type de spécimen - autre (préciser) |  | Type d’échantillon si l’échantillon prélevé n’est pas du LCR ou du sang | Text | Obligatoire |
| V032e | Aspect | Aspect du prélèvement / examine macroscopique (CSF) | 1-Clair 2-Trouble 3-Hématique 4-Xanthochromic 5-Citrin 6-Louche 7-Purulent 9- Non fait | Aspect de spécimen (Remarque: Utiliser le terme correspondant à celui qui est utilisé dans le pays) | Commentaire légal | Obligatoire |
| V033 | DistrictLab | Nom du laboratoire du district |  | Nom du laboratoire d’analyse au district | Texte | Obligatoire |
| V034 | DateSpecimenReceivedDistrict | Date de réception au labo du district |  | Date de réception de prélèvement au laboratoire du district | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V035 | DateFormReceivedDistrict | Date de réception de la fiche au district |  | Date de réception de la fiche au niveau supérieur | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V036 | RegionLab | Nom du laboratoire de région |  | Nom du laboratoire de région ayant reçu le prélèvement | Texte | Obligatoire |
| V037 | DateSpecimenReceivedRegion | Date de réception au laboratoire de région |  | Date de réception du prélèvement au laboratoire de région | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V038 | LabNameCulture | Nom du laboratoire effectuant un test de culture |  | Nom du laboratoire qui a effectué et qui rend compte du test de culture | Texte | Optionnel |
| V039a | CulturePeripheral | Résultat de la culture (laboratoire périphérique) | 1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-NmB 6-NmX 7-Nm Indéterminé 8-S. pneumo 9-Hib 10-H. influenzae (non-b) 11-Strep. B 12-Autre organisme 13-Contaminé 14-Négatif 15-Non fait | Résultat de la culture réalisée en laboratoire périphérique | Commentaire légal | Obligatoire |
| V039b | CultureOtherPeripheral | Culture - autre (préciser) (laboratoire périphérique) |  | Préciser les autres organismes identifiés par culture au laboratoire périphérique | Texte | Obligatoire |
| V040 | LabNameGram | Nom du laboratoire effectuant le test de la coloration de Gram |  | Nom du laboratoire effectuant le test de la coloration de Gram | Texte | Obligatoire |
| V041a | GramResult | Résultat de coloration de Gram au laboratoire | 1-DGP 2-DGN 3-BGP 4-BGN 5-Autres pathogènes 6-Aucun organisme vu/Négatif 9-Non fait | Résultat de la coloration de Gram | Commentaire légal | Obligatoire |
| V041b | GramResultOther | Résultat de la tache de Gram - autre (spécifier) |  | Autres résultats de la coloration de Gram | Texte | Obligatoire |
| V042 | LabNameRDT | Nom du laboratoire effectuant TDR |  | Nom du laboratoire effectuant et signalant TDR | Texte | Optionnel |
| V043 | RDTType | Type de TDR utilisé |  | Spécifier le type de TDR utilisé | Texte | Obligatoire |
| V044a | RDTResult | Résultat TDR | 1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-NmB 6-NmX 7-Nm Indéterminé 8-S. pneumo 9-Hib 10-H. influenzae (non-b) 11-Streptococcus B 12-Autre organisme 13-Contaminé 14-Négatif 15-Non fait | Résultat TDR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V044b | RDTResultOther | Résultat TDR - autre |  | Autres résultats du test TDR | Texte | Obligatoire |
| V045 | LabNameLatex | Nom du laboratoire effectuant et signalant le test de latex |  | Nom du laboratoire effectuant et signalant le test de latex | Texte | Optionnel |
| V046 | LatexResult | Résultat de l’agglutination au latex (n’importe quel laboratoire) | 1-NmA 2-NmC 3-NmW/Y 4-NmB/E. coliK1 5-NmX 6-S.pneumo 7-Hib 8-Streptococcus B 9-Négatif 10-Non fait | Résultat de l’agglutination au latex | Commentaire légal | Obligatoire |
| V047 | LabNameCytology | Nom du laboratoire effectuant et rapportant la cytologie |  | Nom du laboratoire effectuant et rapportant la cytologie | Texte | Optionnel |
| V048 | WhiteCellCount | Nombre de globules blancs |  | Numération globulaire blanche enregistrée dans n’importe quel laboratoire | Numérique#### | Obligatoire |
| V049 | OtherTest | Autres tests effectués (tout laboratoire) |  | Tout autre test effectué dans n’importe quel laboratoire | Texte | Obligatoire |
| V050 | LabNameOther | Nom du laboratoire qui a effectué tout autre test de laboratoire pertinent |  | Nom du laboratoire qui a effectué d’autres tests de laboratoire | Texte | Optionnel |
| V051 | OtherTestName | Autre nom d’essai (tout laboratoire) |  | Nom de tout autre test effectué dans un laboratoire | Texte | Obligatoire |
| V052 | OtherTestResult | Autres résultats d’essais (tout laboratoire) |  | Résultats d’autres tests effectués dans n’importe quel laboratoire | Texte | Obligatoire |
| V053 | LabNameNRL | Nom du Laboratoire National de Référence |  | Nom du Laboratoire National de Référence utilisé pour effectuer les tests | Texte | Obligatoire |
| V054a | SpecimenIDNRL | ID de spécimen (LNR) |  | ID du spécimen à la LNR | Texte | Obligatoire |
| V054b | SpecimenLabelID | Spécimen étiqueté avec le numéro EPID | 1-Oui 2-Non | Si l’échantillon a été étiqueté avec le numéro EPID | Commentaire légal | Obligatoire |
| V054c | DateSpecimenReceivedNRL | Spécimen de date reçu à la LNR |  | Date à laquelle la LNR a reçu le spécimen | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V055 | ContainerType | Type d’échantillon reçu (LNR) | 1-Trans-Isolate 2-Cryotube 3-Tube sec 4-Autre | Type de transport dans lesquels le spécimen est envoyé au Laboratoire national de référence | Case à Cocher | Obligatoire |
| V056a | ConditionDrytubeNRL | Condition de l’échantillon tube sec (LNR) | 1-Adéquate 2-Non adéquate | Condition de l’échantillon reçu dans un tube sec à la LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V056b | ConditionTINRL | Condition de l’échantillon (Trans-isolat at LNR) | 1-Adéquate 2-Non adéquate | Condition de l’échantillon reçu en trans-isolat à la LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V056c | ConditionCryotubeNRL | Condition de l’échantillon cryotube au LNR | 1-Adéquate 2-Non adéquate | Condition de l’échantillon reçu dans un cryotube au LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V057a | CultureNRL | Résultat culture (LNR) | 1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-NmB 6-NmX 7-Nm Indéterminé 8-S. pneumo 9-Hib 10-H. influenzae (non-b) 11-Streptococcus B 12-Autre organisme 13-Contaminé 14-Négatif 15-Non fait | Résultat du test de culture effectué à LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V057b | CultureOtherNRL | Résultat culture - autre (préciser) (LNR) |  | Préciser les autres organismes identifiés par culture à la LNR | Texte | Obligatoire |
| V058a | PCR | Résultat PCR | 1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-NmB 6-NmX 7-Nm Indéterminé 8-S. pneumo 9-Hib 10-H. influenzae (non-b) 11-Streptococcus B 12-Autre organisme 13-Contaminé 14-Négatif 15-Non fait | Résultats du test PCR effectué à LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V058b | PCROther | PCR - autre (préciser) (LNR) |  | Préciser les autres organismes identifiés par le test PCR | Texte | Obligatoire |
| V059 | DatePCR | Date PCR |  | Date à laquelle la PCR a été effectuée | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V060a | Ceftriaxone | Ceftriaxone susceptibilité | 1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait | Résultats de l’antibiogramme pour la ceftriaxone à LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V060b | Ciprofloxacin | Ciprofloxacine susceptibilité | 1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait | Résultats de l’antibiogramme pour la ciprofloxacine à LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V060c | Penicillin | Pénicilline susceptibilité | 1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait | Résultats de l’antibiogramme pour la pénicilline à LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V060d | Oxacilline | Oxacilline susceptibilité | 1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait | Résultats de l’antibiogramme pour l’oxacilline au LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V060e | OtherAntibiotic | Autre antibiotique testé |  | Nom d’un autre antibiotique testé par antibiogramme au LNR | Texte | Obligatoire |
| V060f | OtherAntibioticResult | Résultat - autre antibiotique testé | 1-Sensible 2-Resistant 3-Intermediaire 9-Non fait | Résultats de l’antibiogramme pour l’autre antibiotique à LNR | Commentaire légal | Obligatoire |
| V061a | FinalResultNRL | Résultat final du laboratoire | 1-NmA 2-NmC 3-NmW 4-NmY 5-NmB 6-NmX 7-Nm Indéterminé 8-S. pneumo 9-Hib 10-H. influenzae (non-b) 11-Streptococcus B 12-Autre organisme 13-Contaminé 14-Négatif 15-Non fait | Sérotype identifié dans les résultats de laboratoire finaux du laboratoire national de référence | Commentaire légal | Obligatoire |
| V061b | SPNSerotype | Sérotype S. pneumo |  | Préciser les résultats du génotype de S. pneumo | Texte | Obligatoire |
| V061c | FinalResultOtherNRL | Autres organismes identifiés dans le résultat final du laboratoire |  | Autres organismes identifiés dans le résultat final du laboratoire LNR | Texte | Obligatoire |
| V062 | FinalClassification | Classification finale des cas | 1-Confirmé 2-Probable 3-Suspect | Classification finale des cas suspects au niveau national | Commentaire légal | Obligatoire |
| V063 | Observations | Observations de tous les laboratoires |  |  | Texte | Obligatoire |
| V064 | DateResultSentMOH | Date d’envoi des résultats de laboratoire finaux au ministère de la santé |  | Date d’envoi des résultats aux Ministère de la santé | Date (jj/mm/aaaa) | Optionnel |
| V065 | DateResultSentDistrict | Date d’envoi des résultats finaux du laboratoire au district |  | Date d’envoi des résultats au district | Date (jj/mm/aaaa) | Optionnel |
| V066 | DateResultSentHF | Date d’envoi des résultats finaux du laboratoire au clinicien |  | Date d’envoi des résultats à la formation sanitaire | Date (jj/mm/aaaa) | Obligatoire |
| V067 | DateResultReceivedDistrict | Date de réception des résultats finaux du laboratoire au district |  | Date des résultats finaux reçus au district | Date (jj/mm/aaaa) | Optionnel |