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-Feminin **□** 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 :** Echantillon 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 adéquatCondition du trans-isolant : □ 1-Adéquat □ 2- Non adéquatCondition 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 faitCiprofloxacine : □ 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-Feminin **□** 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.SpecimenIDNRLEchantillon étiqueté avec le numéro EPID : □ 1-Oui □ 2-Non 54b.SpecimenLabelIDDate 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.ConditionDrytubeNRLCondition du trans-isolant : □ 1-Adéquat □ 2- Non adéquat 56b.ConditionTINRLCondition 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.CeftriaxoneCiprofloxacine : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait 60b.CiprofloxacinPénicilline : □ S-Sensible □ R-Résistant □ I-Intermédiaire □ 9-Non fait 60c.PenicillinOxacilline : □ 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-MasculinF-Féminin9-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-UrbainR-Rural9-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-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il la fièvre | Case à cocher | Optionnel |
| V018b | Rash | Éruption cutanée | 1-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il une éruption cutanée | Case à cocher | Optionnel |
| V018c | Photophobia | Photophobie | 1-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il une photophobie | Case à cocher | Optionnel |
| V018d | StiffNeck | Raideur du nuque | 1-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il une raideur du cou | Case à cocher | Optionnel |
| V018e | Vomiting | Vomissements | 1-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il des vomissements | Case à cocher | Optionnel |
| V018f | Nausea | Nausée | 1-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il des nausées | Case à cocher | Optionnel |
| V018g | Headache | Céphalées | 1-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il des céphalées | Case à cocher | Optionnel |
| V018h | BulgeFontanel |  Fontanelles bombées  | 1-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il un bombement de la fontanelle | Case à cocher | Optionnel |
| V018i | Seizure | Crise d'épilepsie/convulsion | 1-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il des convulsions ou  | Case à cocher | Optionnel |
| V018j | AlteredConscious |  Conscience altérée | 1-Oui2-Non9-Inconnu | Le patient a-t-il une altération de la conscience | Case à cocher | Optionnel |
| V018k | Diarrhea | Diarrhée | 1-Oui2-Non9-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 hospitalisé2-Ambulatoire9-Inconnu | Patient hospitalisé ou externe | Commentaire légal | Obligatoire  |
| V020 | Outcome | Évolution du patient | 1-Vivant (en traitement / guéri)2-Décédé9-Inconnu | Évolution du patient | Commentaire légal | Obligatoire |
| V021 | VaccinationStatus | Statut vaccinal | 1-Oui2-Non9-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-Non9-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-Non9-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-Non9-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-Non9-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-Non9-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-Oui2-Non9-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-LCR2-Sang3-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-Clair2-Trouble3-Hématique4-Xanthochromic5-Citrin6-Louche7-Purulent9- 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 réceptionau 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-NmA2-NmC3-NmW4-NmY5-NmB6-NmX7-Nm Indéterminé8-S. pneumo9-Hib10-H. influenzae (non-b)11-Strep. B12-Autre organisme13-Contaminé14-Négatif15-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-DGP2-DGN3-BGP4-BGN5-Autres pathogènes6-Aucun organisme vu/Négatif9-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-NmA2-NmC3-NmW4-NmY5-NmB6-NmX7-Nm Indéterminé8-S. pneumo9-Hib10-H. influenzae (non-b)11-Streptococcus B12-Autre organisme13-Contaminé14-Négatif15-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-NmA2-NmC3-NmW/Y4-NmB/E. coliK15-NmX6-S.pneumo7-Hib8-Streptococcus B9-Négatif10-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-Oui2-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-Isolate2-Cryotube3-Tube sec4-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-Adéquate2-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-Adéquate2-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-Adéquate2-Non adéquate | Condition de l’échantillon reçu dans un cryotube au LNR | Commentaire légal | Obligatoire  |
| V057a | CultureNRL | Résultat culture (LNR) | 1-NmA2-NmC3-NmW4-NmY5-NmB6-NmX7-Nm Indéterminé8-S. pneumo9-Hib10-H. influenzae (non-b)11-Streptococcus B12-Autre organisme13-Contaminé14-Négatif15-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-NmA2-NmC3-NmW4-NmY5-NmB6-NmX7-Nm Indéterminé8-S. pneumo9-Hib10-H. influenzae (non-b)11-Streptococcus B12-Autre organisme13-Contaminé14-Négatif15-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-Sensible2-Resistant3-Intermediaire9-Non fait | Résultats de l’antibiogramme pour la ceftriaxone à LNR | Commentaire légal | Obligatoire  |
| V060b | Ciprofloxacin | Ciprofloxacine susceptibilité | 1-Sensible2-Resistant3-Intermediaire9-Non fait | Résultats de l’antibiogramme pour la ciprofloxacine à LNR | Commentaire légal | Obligatoire  |
| V060c | Penicillin | Pénicilline susceptibilité | 1-Sensible2-Resistant3-Intermediaire9-Non fait | Résultats de l’antibiogramme pour la pénicilline à LNR | Commentaire légal | Obligatoire  |
| V060d | Oxacilline | Oxacilline susceptibilité | 1-Sensible2-Resistant3-Intermediaire9-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-Sensible2-Resistant3-Intermediaire9-Non fait | Résultats de l’antibiogramme pour l’autre antibiotique à LNR | Commentaire légal | Obligatoire  |
| V061a | FinalResultNRL | Résultat final du laboratoire | 1-NmA2-NmC3-NmW4-NmY5-NmB6-NmX7-Nm Indéterminé8-S. pneumo9-Hib10-H. influenzae (non-b)11-Streptococcus B12-Autre organisme13-Contaminé14-Négatif15-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-Confirmé2-Probable3-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 |