

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 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-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.SpecimenIDNRL  Echantillon 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 |