

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom :	Nom du clinicien :
Hôpital/service :	Hôpital/service :
Adresse :	Adresse :
Téléphone :	Téléphone :
Télécopie :	Télécopie :
Signature :	

Maladie à déclaration obligatoire

Infection invasive à méningocoque


 xxxxx

Important : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. **Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...)** au médecin de l'ARS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom : Prénom : Sexe : M F Date de naissance : _____

Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS) Date de la notification : _____

Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS) Date de la notification : _____

Sexe : M F Date de naissance : _____ ou âge : _____ Code postal du domicile du patient : _____

Confirmation du diagnostic :

- Culture positive dans :
 - sang LCS lésion cutanée purpurique
 - Liquide : articulaire pleural péricardique
 - péritonéal chambre antérieure de l'œil
- PCR positive dans :
 - sang LCS lésion cutanée purpurique
 - Liquide : articulaire pleural péricardique
 - péritonéal chambre antérieure de l'œil
- Présence de diplocoques Gram – au direct :
 - oui non non recherché
- LCS évocateur de méningite bactérienne purulente :
 - oui non non recherché
- *Purpura fulminans* : oui non

Infection invasive à méningocoque
<p>Critères de notification</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique. 2. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS. 3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) et présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type. 4. Présence d'un <i>purpura fulminans</i> (<i>purpura</i> dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

Signes de choc : oui non Eléments purpuriques cutanés : oui non

Sérogroupe : A B C X Y W autre, préciser : non groupé

Hospitalisation (phase aiguë) : Date : _____ Hôpital :

Le patient avait-il reçu un traitement antibiotique avant les premiers prélèvements biologiques : oui non inconnu

Si oui, s'agit-il d'une injection antibiotique précoce pour suspicion de *purpura fulminans* : oui non inconnu

Statut vaccinal : le sujet est-il vacciné par un vaccin antiméningococcique : oui non ne sait pas

Si oui : conjugué C Date dernière injection : _____ Nombre total de doses reçues : _____

méningocoque B Date dernière injection : _____ Nombre total de doses reçues : _____

conjugué ACYW135 Date dernière injection : _____

A+C Date dernière injection : _____

ACYW135 Date dernière injection : _____

Évolution : guérison décès séquelles, préciser :

Prophylaxie des sujets contacts	Nom de l'antibiotique/du vaccin	Collectivité : nombre de personnes	Entourage proche : nombre de personnes
Chimioprofylaxie		_____	_____
Vaccination		_____	_____
Type de contacts		<input type="checkbox"/> crèche <input type="checkbox"/> milieu scolaire <input type="checkbox"/> autre, préciser :	<input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> amis

Autres cas dans l'entourage : oui non inconnu Si oui, pour chaque autre cas, indiquer l'âge, la date d'hospitalisation et le département de résidence

Cas n°1 : âge (en années) : _____ date d'hospitalisation : _____ département : _____

Cas n°2 : âge (en années) : _____ date d'hospitalisation : _____ département : _____

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) :	Si notification par un biologiste	ARS (signature et tampon)
Nom :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service :	Hôpital/service :	
Adresse :	Adresse :	
Téléphone :	Téléphone :	
Télécopie :	Télécopie :	
Signature :		