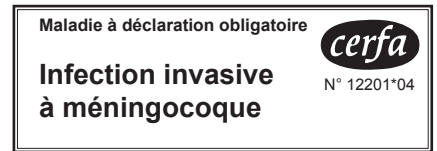


République française

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 :	



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

Infection invasive à méningocoque
<p>Critères de notification</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS. 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. 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).

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 :

<input type="checkbox"/> conjugué C	Date dernière injection : <input type="text"/>	Nombre total de doses reçues : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> méningocoque B	Date dernière injection : <input type="text"/>	Nombre total de doses reçues : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> conjugué ACYW135	Date dernière injection : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> A+C	Date dernière injection : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ACYW135	Date dernière injection : <input type="text"/>	

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		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vaccination		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de contacts		<input type="checkbox"/> crèche <input type="checkbox"/> milieu scolaire <input type="checkbox"/> autre, préciser : <input type="text"/>	<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 :		