

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>
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 inspecteur de la DDASS avant même confirmation par le CNR ou envoi de cette fiche.

Initiale du nom :  Prénom : ..... Sexe :  M  F Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Code d'anonymat :       (A établir par la DDASS) Date de la notification :

Code d'anonymat :       (A établir par la DDASS) Date de la notification :

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

**Confirmation du diagnostic :**

Méningocoque isolé dans :

Sang  L.C.R.  lésion cutanée

Liquide :  articulaire  pleural  péricardique

Présence de diplocoques gram – au direct :

oui  non  non recherché

LCR évocateur de méningite bactérienne purulente :

oui  non  non recherché

Antigènes solubles :

Présence  Absence  Non recherchés

PCR :  Positive  Négative  Non réalisée  Sérum  L.C.R.

Purpura fulminans :  Oui  Non

Infection invasive à méningocoque
<p><b>Critères de notification :</b></p> <p>1. Isolement bactériologique de méningocoques dans un site normalement stérile (sang, L.C.R., liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique) OU à partir d'une lésion cutanée purpurique.</p> <p>2. Présence de diplocoque à Gram négatif à l'examen microscopique du L.C.R.</p> <p>3. L.C.R. évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soit présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type.</li> <li>• Soit présence d'antigène soluble méningococcique dans le L.C.R., le sang ou les urines.</li> <li>• Soit PCR positive à partir du L.C.R. ou du sérum.</li> </ul> <p>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).</p>

Eléments purpuriques cutanés :  Oui  Non

Sérogroupe :  A  B  C  X  Y  W135  autre .....  Non groupé

**Hospitalisation (phase aiguë) :** Date :  Hôpital : .....

Le patient avait-t-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

Vaccination antérieure :  vaccin conjugué C  polysaccharidique AC  polysaccharidique ACYW135

Date de la dernière injection   non vacciné  inconnu

**Évolution :**  Guérison  Décès  Séquelles préciser : .....

Prophylaxie des sujets contacts	Nom de l'antibiotique Type de vaccin	Collectivité nombre de personnes	Entourage proche nombre de personnes
Chimio prophylaxie			
Vaccination			
Type de contacts		<input type="checkbox"/> crèche <input type="checkbox"/> milieu scolaire <input type="checkbox"/> autres ..... .....	<input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> amis

**Autres cas dans l'entourage :**  Oui  Non  Inconnu

Pour chaque autre cas, indiquer l'âge, la date d'hospitalisation et le département de résidence : .....

<b>Médecin ou biologiste déclarant (tampon)</b>	<b>Si notification par un biologiste</b>	<b>DDASS : signature et tampon</b>
Nom :	Nom du clinicien :	
Hôpital/service	Hôpital/service	
Adresse	Adresse	
Téléphone	Téléphone	
Signature		