



Fiche de notification et d'accompagnement de l'échantillon de selles d'un « cas suspect de choléra »

Version d'Août 2017

Fait par un responsable niveau district

EpiID : CMR- _____ - _____ - _____
Région District Année N° Cas

Nom de la Formation sanitaire : _____ **Date de saisie:** |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
Région : _____ **District :** _____ **Aire de Santé :** _____
Responsable de la FOSA - Nom : _____ **Prénom :** _____
N°Tél : _____ **N° Flotte téléphonique si disponible :** _____ **Email :** _____
Personnel ayant rempli la fiche – Nom : _____ **Prénom :** _____ **Fonction :** _____
N°Tél : _____ **Email :** _____

Identification du malade Nom : _____ **Prénom :** _____
Age (en année) : _____ **Sexe :** masculin féminin **Contact :** _____
Lieu actuel de résidence – Région : _____ **District :** _____ **Aire de santé :** _____
Ville/village : _____ **Quartier :** _____
Notion de voyage dans les 5 jours avant le début des symptômes ? Oui Non
 Si oui, Dernier lieu visité – Pays : _____ Région : _____ District : _____ Ville /village : _____
Etat à l'arrivée : Vivant Décédé Si décédé, **Date de décès** |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
Date d'entrée dans la FOSA: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| **Date début des symptômes** |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
Symptômes Diarrhée Si oui, nombre de selles par jour : |__| |__| → Depuis combien de jours : |__| |__|
 Douleurs abdominales Vomissements Fièvre
 Crampes musculaires Déshydratation Si déshydratation, Légère Modérée Sévère
Cas semblables dans l'entourage ? Oui Non
Mode de transport : _____ **Consultation volontaire**
Référence communautaire **Référé par une autre FOSA** → Si oui, **Nom de la FOSA :** _____
Situation actuelle : 1=Hospitalisé 2=Référé à une autre FOSA → Si oui, **Nom de la FOSA :** _____
Selles prélevées ? Non motif : _____
 Oui → 1=Selles fraîches 2=Selles fraîches dans Cary Blair 3=Ecouvillon rectal dans Cary Blair 4=Autre
Date et heure du prélèvement : |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| : _____
Automédication ? Oui Non Ne sait pas Si oui, le(s)quel(s) ? _____
Traitement antibiotique ? Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ? _____
Date et heure de mise sous antibiotique |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| : _____
Date de notification au District de Sante : |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE de la Formation Sanitaire **IDLaboFOSA :** _____ - _____ - _____
 Mois Année Numéro
Aspect des selles : Liquides Molles Glaireuses « Eau de riz »
 Verdâtres Brunâtres Jaunâtres Sanglantes Autre (préciser) : _____
Test Diagnostic Rapide (TDR) au site de prélèvement ? : Non fait (motif) : _____
 Oui Bandelette Crystal Vc, (préciser si autre) : _____
Résultat : Positif O1 Positif O139 Positifs O1 & O139 Négatif Non Valide
Date d'envoi du prélèvement au laboratoire de référence : |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

PARTIE RESERVEE AU DISTRICT DE SANTE
Issue du malade : Guéri Décédé Evadé **Date de sortie :** |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

PARTIE RESERVEE AU LABORATOIRE DE REFERENCE (NOM) : _____ **IDLaboRef :** _____
Date de réception de l'échantillon : |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
Conformité de l'échantillon Oui Non Si non motif de rejet : _____
Date de mise en culture |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
Résultat culture : v. cholerae Pas de pousse Autre germe (à préciser) _____
Résultat Séro groupe Positif O1 Positif O139 Positifs O1/O139 Négatif Non Valide
 Non fait (motif) : _____
Résultat Sérotypage : Non applicable Non fait Inaba Ogawa Hikojima
Autre test (préciser et donner résultat) : _____
Conclusion Laboratoire de Référence : _____ **Date validation résultat** |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
Spécialiste : Nom _____ Prénom _____ Téléphone _____

PARTIE RESERVEE A LA DLMEP—YAOUNDE CONCLUSION DU CAS
 Confirmé Non confirmé Cliniquement compatible Associée à une épidémie
Date de réception du résultat |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| **Date de décision** |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|