



Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste
Nom : _____	Nom : _____
Établissement / service : _____	Établissement / service : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél/Fax : _____	Tél/Fax : _____
Signature : _____	Signature : _____



DASS
Direction des Affaires
Sanitaires et Sociales

Infection Invasive à méningocoque

IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié (téléphone, fax...) au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour notifier les cas isolés et les cas groupés. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment de la notification, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____
 Adresse : _____ Téléphone : _____ Commune domicile : _____
 Code d'anonymat : _____ Date de notification : _____

Confirmation du diagnostic :

Méningocoque isolé dans :

Sang L.C.R. Lésion cutanée purpurique
 Liquide : Articulaires Pleural Péricardique Péritonéal

PCR positive dans :

Sang L.C.R. Lésion cutanée purpurique
 Liquide : Articulaires Pleural Péricardique Péritonéal

Présence de diplocoques Gram - au direct :

Oui Non Non recherché

LCR évocateur de méningite bactérienne purulente :

Oui Non Non recherché

Antigène solubles :

Présence Absence Non recherché

Purpura fulminans :

Oui Non Éléments purpuriques cutanés : Oui Non

Sérogroupe :

A B C X Y W135 Autre : _____ Non groupé

Hospitalisation (phase aigüe) : 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

Vaccination antérieure : Vaccin conjugué C Polysaccharidique AC Polysaccharidique ACYW135

Date de la dernière injection : _____ Non vacciné Inconnu

Evolution : Guérison Séquelles Décès Si décès, date : _____

Si séquelles précisez : _____

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

Autes cas dans l'entourage : Oui* Non Inconnu

*Pour chaque autre cas, indiquez l'âge, la date d'hospitalisation et la commune de résidence : _____ ans - Date _____ - Commune _____