

# FORMULAIRE D'INVESTIGATION DES CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE (OMS 2018)

Numéro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**EPID** Pays Wilaya EPSP Année Numéro du Cas

Reçu: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Au niveau national

## IDENTIFICATION

Région Sanitaire : \_\_\_\_\_ Wilaya: \_\_\_\_\_ Structure Sanitaire la plus proche: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Village: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Coordonnées du cas de PFA (format WGS 1984): Longitude : \_\_\_\_\_ Latitude : \_\_\_\_\_

Nom(s) du malade: \_\_\_\_\_ Nom du Père/Mère: \_\_\_\_\_ Tél des parents : \_\_\_\_\_

Date de Naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ ans \_\_\_\_\_ mois Sexe: \_\_\_\_\_ M=Masculin / F=Féminin  
 (si date de naissance inconnue)

## NOTIFICATION/ENQUETE

Cas notifié Par le Docteur: \_\_\_\_\_ Date de notification: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date de l'enquête: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nom et Téléphone du Médecin traitant : \_\_\_\_\_

## HOSPITALISATION

Hospitalisé :  1=Oui  2=Non Date d'admission: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numéro du dossier d'hospitalisation: \_\_\_\_\_ Nom/Adresse de l'hôpital \_\_\_\_\_

## HISTOIRE CLINIQUE

UTILISER LES CODES SUIVANTS SI POSSIBLE, 1=OUI, 2=NON, 9=INCONNU.

Question	Réponse	Site de la paralysie	
Fièvre au début de la paralysie		Membre sup. gauche	Membre sup. droit
Paralysie progressive en moins de 3 jours		Membre inf. gauche	Membre inf. droit
Paralysie flasque et soudaine			
Paralysie asymétrique			

Date de début de la paralysie: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Y –a –t-il des troubles de la sensibilité à la douleur au (x) membre (s) paralysé (s) : Oui  Non

Notion d'injection intramusculaire avant le début de la paralysie : Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le site d'injection dans le tableau ci-dessous

	Bras	Avant- bras	Fesse	Cuisse	Jambe
<b>Droit</b>					
<b>Gauche</b>					

APRES EXAMEN CLINIQUE DU PATIENT, ETAIT-CE REELLEMENT UN CAS DE PFA ?  1=Oui 2=Non

## DIAGNOSTIC(s) EVOQUE(s)

-----  
 -----

## STATUT VACCINAL

à la Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1<sup>ère</sup> \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2<sup>ème</sup> \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3<sup>ème</sup> \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre total de \_\_\_\_\_ (exclure dose \_\_\_\_\_ à la naissance)  
 Doses de VPO  99=inconnu : 4<sup>ème</sup> \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Si plus de 4 doses, date de la dernière dose \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Doses totales VPO reçues lors des AVS\*:  99=Inconnu Doses totales VPO reçues en Routine:  99=Inconnu

Doses totales VPI reçues en Routine ou AVS:  99=Inconnu Date dernière dose VPI reçue en Routine ou AVS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*AVS : Activités de Vaccination Supplémentaires (campagnes de vaccination)

**PRELEVEMENT  
D'ECHANTILLONS  
DE SELLES**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date 1<sup>er</sup> échantillon  
de selles

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date 2<sup>ème</sup> échantillon  
de selles

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date d'envoi des selles  
vers le laboratoire

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date de réception des  
Selles au niveau du laboratoire

**RESULTATS DE L'ANALYSE DES ECHANTILLONS DE SELLES**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date réception des selles  
au Labo inter pays/national

1=Adéquat  
2 = inadéquat  
Etat des selles  
à la réception au labo

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date résultat  
culture cellulaire disponible

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date d'expédition des  
résultats au PEV national

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date réception des résultats au PEV national

Résultats finale  
Culture Cellulaire  
  
1 = Suspect poliovirus  
2 = Négatif  
3 = ENTNP  
4 = Suspect Polio + ENTNP

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date d'expédition du Labo inter  
pays/national au labo régional

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date d'expédition des résultats  
de la Diff I.T au PEV

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date réception des résultats  
de la diff. I-T au PEV

			Sabin						
W1	W2	W3	Discordant	SL1	SL2	SL3	(R) Ent. NP	NEV	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1=O ; 2=N			Type 1,2,3	1=O ; 2=N			1=Positif 2=Négatif		

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date d'expédition Isolat pour Séquençage

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date résultats Séquençage envoyé au PEV

**EXAMEN DE SUIVI**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date de l'examen de suivi

(Entre le 30<sup>ème</sup> et le 60<sup>ème</sup>  
Jour du début des paralyties)

Paralytie résiduelle?  
MSG 

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIG	MID

Résultats examen  
de suivi

1= Paralytie résiduelle flasque  
2= Pas de paralytie résiduelle  
3= Perdu de vue  
4 = Décès avant l'examen de suivi  
5= Paralytie résiduelle spastique

**CLASSIFICATION FINALE DU CAS**

Suspicion Etat immunodéprimé :  1=O ; 2=N 9 = Inconnu

1= Polio confirmé 2 = Compatible 3 = Exclu 6 = N'est pas un cas de PFA  
7 = cPVDV 8 = aPVDV 9 = iPVDV  Serotype (1, 2, 3)

**Lister toutes les structures sanitaires où le malade a été successivement pris en charge :**

Structure :..... Durée: ..... jours      Structure :..... Durée: ..... jours  
Structure :..... Durée: ..... jours      Structure :..... Durée: ..... jours

**ENQUETEUR**

Nom: \_\_\_\_\_ Titre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Unité: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_