

Fièvre éruptive**Fiche d'étude de cas**

Pays : _____ Hôpital / Dispensaire : _____

Nom du médecin : _____ Date du jour : jj / mmm/ aa

1. Identification du cas

Sexe : M F

Nom du patient : _____

Date de naissance : jj / mmm/ aa

Nom de la mère : _____

Âge : années ____ mois ____

Nom du père : _____

N° d'identification de l'hôpital _____

Adresse permanente (pour le suivi) : _____

Enceinte : **Oui Non Ne sait pas** Accouchement prévu le : jj / mmm/ aa

Source de la notification : Officielle / hôpital / privé / laboratoire / communautaire / autre (spécifiez) :

2. Antécédents vaccinauxVaccination effectuée : **R RR ROR** (entourez)Date de la 1^{ère} dose : jj / mmm/ aaDate de la 2^{ème} dose : jj / mmm/ aa

Doses supplémentaires : jj / mmm/ aa

Doses validées par : Interrogatoire (Agent de santé/Parent) ou dossier de vaccination (registre/fiche) (entourez)

3. Examen clinique

Date de survenue de la fièvre : jj / mmm/ aa et de l'éruption : jj / mmm/ aa

Description de l'éruption (emplacement, étendue, maculo-papuleux, vésiculaire etc): _____

Toux : **Oui Non Ne sait pas**

Ganglions auriculaires, occipitaux ou cervicaux

Oui Non Ne sait pasNausées / Vomissements : **Oui Non Ne sait pas**Écoulement nasal : **Oui Non Ne sait pas**Douleurs musculaires : **Oui Non Ne sait pas**Conjonctivite : **Oui Non Ne sait pas**Douleur/inflammation articulaire : **Oui Non Ne sait pas**Maux de tête / douleurs ophtalmiques : **Oui Non Ne sait pas**Présence du signe de Koplik : **Oui Non Ne sait pas**Encéphalite : **Oui Non Ne sait pas**Saignement spontané : **Oui Non**Pneumonie : **Oui Non Ne sait pas**

Autres : _____

Hospitalisation : **Oui Non Ne sait pas**

Date de l'admission : jj / mmm / aa

Date de sortie : jj / mmm / aa

Suspicion de : Rougeole **Oui**Rubéole **Oui**Dengue **Oui**Autre : **Oui** _____

Lieu de l'examen : _____

Signature du médecin : _____

4. Origine possible de l'infectionSéjour à l'étranger dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption : **Oui** (où : _____)**Non Ne sait pas**Contact avec un cas confirmé de rougeole/rubéole : **Oui** (qui et où : _____)**Non Ne sait pas****5. Recherches en laboratoire**

Anticorps : sang ou échantillons de sang séché

Date du prélèvement : jj / mmm/ aa

Date de l'envoi : jj / mmm/ aa

Isolement du virus : Urine, glaires ou échantillons de sang séché

Date du prélèvement : jj / mmm/ aa

Date de l'envoi : jj / mmm/ aa

Type de Test : Rougeole/Rubéole/Dengue: _____ Résultats _____

Date du test : jj / mmm/ aa

6. Classification finale

Rougeole

Rubéole

Dengue Parvo B19

Varicelle

Autre : _____ Ecarté

Confirmation:

Biologique

Épidémiologique

Clinique

Évolution :

Guéri

Encore malade (spécifiez) _____

Décédé : date jj / mmm/ aa