Tétanos néonatal — Fiche d'étude de cas

Pays : _____ **Hôpital :** _____

1. Notification/Investigation

Date de la notification : jj / mmm / aa
Lieu de l'investigation : _____
Origine de la notification : _____
Nom du déclarant : _____
Date de l'investigation: jj / mmm / aa
Reçue le : jj / mmm / aa

2. Identification du cas

Nom du bébé : _____
Nom de la mère : _____
Appartenance ethnique de la mère :_____
Nom du père : _____
Adresse : _____
Sexe du bébé : ***M*** ***F***
Date de naissance du bébé : jj / mmm / aa
Âge de la mère (années) : _____
Nombre de naissances vivantes : _____

3. Antécédents vaccinaux de la mère

[*nota : les vaccins DTP, DT, Td* et TT protègent contre le tétanos]

Doses de vaccins antitétaniques administrées à la mère ? _____ Carte _____ Mémoire ____ Ne sait pas
Nombre de doses administrées pendant la grossesse : _____ Dates d'administration du vaccin : **TCV1** : jj / mmm / aa
TCV2 : jj / mmm / aa **TCV3** : jj / mmm / aa **TCV4 :** jj / mmm / aa **TCV5 :** jj / mmm / aa **TCV6** : jj / mmm / aa
TCV7 : jj / mmm / aa
Statut vaccinal antitétanique de la mère avant l'accouchement : ____ à jour ____ Pas à jour ____ Ne sait pas

4. Soins prénatals de la mère

Nombre de visites prénatales ? ____ Nom et lieu du centre de santé _____

5. Naissance du bébé

Nom et lieu de la maternité de l'hôpital _____ du dispensaire _____ du foyer _____
Assistée par : ____ Médecin ____ Infirmière ____ Assistant formé ____ Assistant non formé ___ Pas assisté ___ Ne sait pas
Comment le cordon a-t-il été coupé et traité ?_____

6. Symptômes du bébé

Le bébé était-il normal à la naissance ? **Oui Non Ne sait pas**
Le bébé pleurait-il et tétait-il normalement les 2 premiers jours ? **Oui Non Ne sait pas**
Quel âge avait le bébé (en jours) à l'apparition des symptômes ? _____ jours **Ne sait pas**
Le bébé a-t-il cessé de téter après 2 jours ? **Oui Non Ne sait pas** Raideur ? **Oui Non Ne sait pas**
Spasmes ou convulsions ? **Oui Non Ne sait pas**

7. Traitement

Le bébé malade a-t-il été pris en charge dans un centre de santé ? **Oui Non Ne sait pas**
Nom du centre : _____
Le bébé est-il décédé ? **Oui Non Ne sait pas** [*Date du décès : jj / mmm / aa*]
La mère est-elle décédée ? **Oui Non Ne sait pas** [*Date du décès : jj / mmm / aa*]
Conclusion : **Suspicion, Confirmé, Ecarté**

8. Intervention de riposte

La mère a-t-elle été vaccinée à la suite d'un décès néonatal ? **Oui Non Ne sait pas** Date de la vaccination jj / mmm /aa
Une intervention de riposte a-t-elle été mise en place dans sa localité ? **Oui Non Ne sait pas**
Nombre de femmes vaccinées : _____ Une recherche active de cas a-t-elle eu lieu ? **Oui Non Ne sait pas**
Nombre de cas de tétanos néonatal survenus dans les 12 derniers mois, pendant la recherche active de cas dans la communauté ? _____