

**FORMULAIRE POUR LA SURVEILLANCE DE LA GRIPPE ET
AUTRES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES**

Site sentinelle : Date de la consultation : /...../...../...../ Heure /...../
 Nom du clinicien : N° ID (par le labo) :

Consentement : Accepterez-vous que votre échantillon soit testé pour la grippe O N Autres virus O N

Définition des cas (Les signes cliniques à la consultation doivent dater de moins de 10 jours pour toute inclusion)

Date de début des signes : /...../...../...../ Température ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) : Oui Non , si oui mentionnez la
 température relevée: |_|_|, |_|_|°C *Si Température $< 38^{\circ}\text{C}$ antécédent de température dans les 12H Oui Non
 Toux : Oui Non Autres signes: Oui Non , Si oui mentionnez les ?
 Date de prélèvement nasopharyngé : /...../...../...../

Identification du patient

Nom : Prénom :

Sexe : Homme Femme Si sexe femme – Enceinte ? : Oui Non

Date de naissance : /...../...../...../ OU Age : |_| |ans (si âge \leq à 2 ans, âge en mois) |_| |mois

Adresse de résidence du patient

Ville : Commune..... Quartier : Téléphone :

Séjour hors du Niger

Le patient a-t-il voyagé hors du Niger il y a moins d'un mois ? Oui Non Ne sait pas

Si Oui dans quel pays ? : Combien de temps a-t-il séjourné ?

Maladies chroniques préexistantes

Maladie cardiaque Maladie respiratoire chronique Troubles hématologiques chroniques Diabète

Asthme Sujet immunodéprimé Cardiopathie chronique Autres.....

Traitement administré

Antipyrétique Antibiotiques Corticoïdes Fluidifiants bronchiques Antiasthéniques

Vacciner contre la grippe : Oui Non Autres :

Issu du patient

Le patient est-il hospitalisé ou doit-il être hospitalisé ? Oui (cas d'IRAS) Non (cas de SG)

Le patient est-il ? Guéri Référé Décédé / Cause et date décès :/...../...../

Résultats de laboratoire (A remplir par le personnel du laboratoire)

Réception prélèvement: /...../...../...../

Méthode d'analyse : rRT-PCR Culture virale Autres :

Résultats d'analyse : Négatif (Inf A et B) Positif Inf A : A/H3N2 A/H1N1pdm Inf A indéterminé

Positif Inf B : B Yamagata B Victoria Inf B indéterminé

Autres virus : SARS-CoV-2 : Pos Neg

RSV : Pos Neg

Date d'analyse : /...../...../...../

Signature du Responsable du LNR :