

## FICHE DE DEPISTAGE DU NODDING SYNDROME ET DE L'ÉPILEPSIE

NOM de l'enquêteur: \_\_\_\_\_ DATE : |\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_|

Identifiant du ménage : \_\_\_\_\_

Quartier : \_\_\_\_\_

Une photo de la maison a été prise ?  Oui  Non

Sinon, pourquoi ? \_\_\_\_\_

Qui répond aux questions?  Chef de famille  Autre , préciser \_\_\_\_\_

Nom de celui qui répond : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Combien de personnes vivent dans la maison ? \_\_\_\_\_

Combien ont entre 6 et 9 ans ? \_\_\_\_\_

N°	Question	Réponse	Aller à	Code
<b>Questionnaire : Dépistage du Nodding Syndrome et épilepsie</b>				
<b>Le sujet enquêté a-t-il déjà présenté ?</b>				
Q1	Une crise de type hochement de tête (chutes répétitives et involontaires de la tête sur la poitrine) par perte de tonicité des muscles du cou? Ou tout autre mouvement anormal, incontrôlé et inquiétant de la tête faisant penser à un relâchement des muscles du cou ?	01. Oui 02. Non 98. Ne sais pas 99. Ne souhaite pas répondre		
Q2	Des chutes d'installation brutale et de durée brève dues à une faiblesse musculaire généralisée?	01. Oui 02. Non 98. Ne sais pas		
Q3	Perte (s) de connaissance et/ou perte d'urine et/ou émission de bave ?	01. Oui 02. Non		
Q4	Absence(s) ou perte(s) de contact avec l'entourage de début brutal et de durée brève?	01. Oui 02. Non 98. Ne sais pas		
Q5	Secousses ou mouvements anormaux incontrôlables au niveau d'un ou des membres (convulsions), de début soudain et d'une durée de quelques minutes ?	01. Oui 02. Non 98. Ne sais pas		
Q6	Apparition brutale et de durée brève de sensations corporelles étranges d'hallucinations ou d'illusions visuelles, auditives ou olfactives ?	01. Oui 02. Non 98. Ne sais pas		
Q7	A-t-on déjà dit au sujet qu'il était épileptique ou qu'il avait déjà présenté des crises d'épilepsie ou de hochement de la tête ?	01. Oui 02. Non 98. Ne sais pas		
Q8	Des symptômes psychiatriques (à type d'étourdissement, divagation, déambulement, violence etc.) à la suite d'une de ces crises ?	01. Oui 02. Non 98. Ne sais pas		

**Liste des cas suspects de Nodding syndrome ou d'épilepsie**

N°	Nom et Prénoms	Date de naissance	Lieu de naissance	NS	EP	OV
1		_ _ / _ _ / _ _  Jj mm aa				
2		_ _ / _ _ / _ _  Jj mm aa				
3		_ _ / _ _ / _ _  Jj mm aa				
4		_ _ / _ _ / _ _  Jj mm aa				
5		_ _ / _ _ / _ _  Jj mm aa				
6		_ _ / _ _ / _ _  Jj mm aa				