Critères de notification	Important : Cette maladie doit faire l'objet **d'un signalement immédiat** au médecin désigné de la Direction de la santé, par tout moyen approprié (tél, fax...), en plus de l'envoi de la présente notification.
1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'oeil) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique. 2. Présence de diplocoques Gram négatif à l'examen microscopique du LCS. 3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) et présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type. 4. Présence d'un *purpura fulminans* (*purpura* dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).	

Polynésie française
Ministère chargé de la santé
Direction de la santé

Maladie à déclaration obligatoire

INFECTIONS INVASIVE A MENINGOCOQUE

Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	**Si notification par un biologiste**	**Médecin de la Direction de la santé**
Nom : Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax : Signature :	Nom du clinicien: Etablissement/service : Adresse : Tel/Fax :	Date d'enregistrement Nom, tampon et signature :

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : ❑ M ❑ F DDN Numéro DN

Date de notification Code d'anonymat *(à remplir par la DS)*

✂

Date de notification Code d'anonymat *(à remplir par la DS)*

Sexe : ❑ M ❑ F Age : ans ou mois Commune de résidence : ..... Ile / Pays .....

Clinique Date de début des signes

Purpura fulminans ❑ Oui ❑ Non
Signes de choc ❑ Oui ❑ Non
Eléments purpuriques cutanés ❑ Oui ❑ Non

Hospitalisation ❑ Oui ❑ Non Si oui, date d'admission date de sortie

Evolution : ❑ Encore malade ❑ Guérison ❑ Décès ❑ Ne sait pas Lieu : .....

Séquelles ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas Si oui, préciser : .....

Le patient avait-il reçu un traitement antibiotique avant les premiers prélèvements biologiques ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui, s'agit-il d'une injection antibiotique précoce pour suspicion de *Purpura fulminans* ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Confirmation biologique Date

Culture positive dans ❑ Sang ❑ LCR ❑ Lésion cutanée purpurique
Liquide ❑ Articulaire ❑ Pleural ❑ Péricardique ❑ Péritonéal ❑ Chambre antérieure de l'œil

PCR positive dans ❑ Sang ❑ LCR ❑ Lésion cutanée purpurique
Liquide ❑ Articulaire ❑ Pleural ❑ Péricardique ❑ Péritonéal ❑ Chambre antérieure de l'œil

Présence de diplocoque Gram – au direct ❑ Oui ❑ Non ❑ Non recherché

LCR évocateur de méningite bactérienne purulente ❑ Oui ❑ Non ❑ Non recherché

Sérogroupe ❑ A ❑B ❑ C ❑ X ❑ Y ❑ W ❑ Autre, présiser : ..... ❑ Non groupé

Contexte épidémiologique

❑ Cas isolé ❑ Autres cas dans l'entourage Si oui, combien ❑ Contexte épidémique, préciser : .....

Indiquer pour chaque malade son âge, sa date d'hospitalisation et sa commune de résidence :

	Âge	Date d'hospitalisation	Commune de résidence
Cas n°1			.....
Cas n°2			.....

Statut vaccinal

Le malade avait-il été vacciné par un vaccin antiméningococcique ❑ Oui ❑ Non ❑ Ne sait pas

Si oui
❑ Conjugué C Date de dernière injection Nombre de doses reçues
❑ Méningocoque B Date de dernière injection Nombre de doses reçues
❑ A + C Date de dernière injection
❑ ACYW135 Date de dernière injection

Prophylaxie des sujets contacts	Nom de l'antibiotique / du vaccin	Collectivité : nb de personnes	Entourage proche : nb de personnes
Chimioprophylaxie			
Vaccination			

Type de contact ❑ Crèche ❑ Milieu scolaire ❑ Autre, préciser : ..... ❑ Famille ❑Amis