

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

Contenu des fiches d'observation

Les fiches d'observation sont regroupées en 2 cahiers, « Nouveau-né » et « Mère », devant être utilisés conjointement pour les études de cohortes, qu'elles soient prospectives ou rétrospectives, et pour les études cas-contrôle.

Ces fiches d'observation devront être utilisées à l'admission et à la sortie/au retour au domicile. Pour tout patient admis dans un établissement de soins pour une durée supérieure à 24 heures, les fiches d'observation « Données initiales et Devenir » et « Résultats des examens complémentaires » pourront être reproduits (photocopiés ou réimprimés) afin d'être utilisées pour collecter les données quotidiennes pendant la durée de l'hospitalisation.

Pour toutes études nous recommandons de compléter au minimum les cahiers d'observation suivants : [1] Mère : Données Initiales et Devenir (MDID) and [2] Nouveau-né : Données Initiales et Devenir (NNDID) et par la suite les cahiers d'observation [3] Mère : Résultats Examens complémentaires (MREC) et [4] Nouveau-Né : Résultats Examens Complémentaires (NNREC) pour tous les nouveau-nés vivants. Si la mère ou le nouveau-né sont admis en soins intensifs (pour adultes ou pédiatriques) nous recommandons de compléter les cahiers d'observation [5] Mère : Soins Intensifs (MSI) ou/et [6] Nouveau-nés : Soins intensifs (NSI).

Concernant les femmes enceintes présentant une symptomatologie aiguë, remplir le cahier d'observation [7] Mère : Symptomatologie Aiguë (MSAig) et pour toutes les études, remplir également le cahier d'observation [8] Mère : Soins Anténataux (MSAnt).

Nous recommandons de compléter la section concernant le devenir des patients des cahiers d'observation [1] MDID et [2] NNDID dès que l'ensemble des résultats des examens complémentaires est disponible.

Bon usage des fiches d'observation

Au moment de remplir les différentes fiches des cahiers d'observation, merci de bien vouloir vérifier que :

- La mère ou le consultant/tuteur/représentant du nouveau-né a bien reçu l'information requise concernant l'étude observationnelle et que le consentement éclairé a été dûment complété et signé.
- Les codes d'identification de l'étude (attribués à la fois à la mère/femme enceinte et au nouveau-né conformément aux indications relatives à la mise en œuvre du protocole dans l'hôpital) figurent bien sur toutes les pages des fiches d'observation. En effet, toutes les informations collectées dans ces cahiers devront rester strictement anonymes et ceci de manière permanente et définitive, de façon qu'aucune des données collectées dans ces fiches d'observation ne puisse, à aucun moment, être reliée à l'identité du patient.
- L'identification de l'hôpital du patient ainsi que les données relatives aux contacts du patient ont bien été colligées dans un liste à part qui permettra d'effectuer le suivi. Ainsi, le formulaire concernant les contacts devra être conservé séparément des cahiers d'observation, dans un lieu sécurisé, et cela de manière permanente et définitive.
- Chaque site d'étude pourra déterminer la quantité d'informations à recueillir en fonction des ressources disponibles et du nombre de patients inclus. Dans la mesure du possible, les données concernant les patients (Nouveau-né et Mère) devront être recueillies dans les cahiers d'observation correspondants.

Les sites disposant de très peu de ressources ou ayant pris en charge un grand nombre de patients pourront choisir d'utiliser les fiches « Nouveaux-nés/Mère : Données initiales et devenir » des cahiers d'observations. La décision en revient aux investigateurs locaux et pourra évoluer pendant toute la durée du recueil des données de l'étude.

Dans cette perspective, les investigateurs doivent veiller à la qualité des données recueillies qui est garante de la qualité de l'analyse qui sera conduite ultérieurement.

Indications générales

- Les fiches d'observation ont été conçues pour recueillir les données de l'examen clinique du patient et de l'observation médicale établie à l'hôpital. Concernant les nouveau-nés, cela inclut également les données provenant de l'entretien avec son parent/tuteur/représentant.
- Les codes d'identification patient devront être complétés sur toutes les pages des fiches d'observation (Nouveau-né et Mère)
- Compléter l'ensemble des lignes de chaque section des fiches d'observations sauf lorsqu'il sera spécifiquement indiqué de sauter une section en fonction des réponses déjà apportées.
- Lorsque les réponses aux questions se présentent sous la forme de case à cocher, les modalités de réponse diffèrent selon la forme des cases à cocher, ainsi pour les cases: carrées () il s'agit de choisir une réponse unique (choix simple), rondes () il s'agit de choisir une ou plusieurs réponses (choix multiple)
- A noter que si la réponse à une question particulière n'est pas connue, il est alors nécessaire de cocher la case « Ne sait pas »
- Dans certaines sections, il est possible d'écrire un commentaire pour apporter des informations complémentaires. Afin de permettre une saisie standardisée des formulaires de recueil de données, merci de pas écrire ces commentaires en dehors des zones prévues à cet effet.
- Nous recommandons d'écrire lisiblement en utilisant de l'encre noire ou bleue et écrivant en LETTRES CAPITALES.
- Pour effectuer une correction, barrer tout le texte à supprimer (par exemple : ~~texte à supprimer~~) et écrire le texte de remplacement au dessus. Merci de bien vouloir dater et parapher à l'aide de vos initiales chacune des corrections effectuées.
- A titre d'exemple : ~~TEXTE CORRIGE~~ 01/03/2016, B.R. (DD/MM/AAAA, Initiales Prénom.Nom.) — ~~Texte à supprimer...~~
- Merci de garder ensemble toutes les fiches d'observation des cahiers correspondant à la mère et à son nouveau-né (tous deux inclus dans l'étude), en les agrafant ou les rangeant dans un même dossier qui leur sera spécifiquement réservé.
- En cas de difficultés ou de commentaires concernant le remplissage des fiches d'observation ou simplement pour nous faire savoir que vous utilisez ces cahiers d'observation, merci de bien vouloir contacter le Dr Gail Carson à l'adresse électronique suivante : gail.carson@ndm.ox.ac.uk

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

Avertissement :

Les cahiers d'observation constituent un support standardisé de recueil de données cliniques dans le cadre d'études concernant le virus Zika. L'utilisation de ces cahiers d'observation s'effectue sous la responsabilité des investigateurs de ces études. ISARIC et les auteurs de ces cahiers d'observation n'endossent pas la responsabilité liée à l'utilisation de ces cahiers d'observation dans un format modifié ou dans un but différent de celui pour lequel ces cahiers d'observation ont été développés.

Les problèmes liés au formatage de ces cahiers d'observation sont en cours de résolution. Les documents Word sont disponibles afin d'adapter et de traduire les cahiers d'observation, cependant, des difficultés liées à la mise à disposition sur les plateformes Mac ou PC peuvent persister. Le format pdf est aussi disponible, et devrait être bien adapté aux 2 types de machines et à leur système d'exploitation.

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

CRITERES D'INCLUSION

A définir conformément au protocole de chaque étude et aux dernières recommandations nationales.

Fournir le consentement éclairé signé.

Date et heure de l'obtention du consentement éclairé (JJ/MM/AAAA)	Date ____/____/20____ Heure ____h____min
Signature de la personne donnant son consentement	_____
PRENOM ET NOM (en lettres capitales) et métier	_____

1. Dénomination du site/consultation/structure de soin/hôpital :			
2. Situation géographique	Latitude	Longitude	Longitude
Situation géographique si disponible			
3. Nom de la ville ou du village :			
4. Pays :			
5. Symptomatologie aiguë de la mère	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, merci de remplir le cahier d'observation intitulé « Symptomatologie aiguë maternelle »		

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

1) RENSEIGNEMENTS DEMOGRAPHIQUES MATERNELS

6. Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		___/___/20___	
7. Ethnie (selon les recommandations nationales)			
8. Ville/village et province de domiciliation pendant la durée de la grossesse			
Ville/village		Du (MM/AAAA)	Au (MM/AAAA)
9. Activité professionnelle ou autre :			
10. Taille		<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> Autre unité Préciser : _____
11. Poids (avant la grossesse, poids connu ou estimé)		<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Autre unité	12. Poids actuel <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Autre unité
13. Maladies génétiques familiales, du côté maternel ou paternel		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, préciser la/les maladie(s)
14. Nombre de grossesses antérieures (sans compter la grossesse en cours)			15. Nombre de naissances antérieures survenues après 22 semaines de grossesse
16. Est-ce qu'un des nouveau-nés des grossesses antérieures était :		<input type="checkbox"/> Prématuré (<37 semaines de grossesse) <input type="checkbox"/> Mort-né ou mort en périnatalité <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
17. Est-ce qu'un des nouveau-nés des grossesses antérieures avait un poids de naissance		<input type="radio"/> <2,5 kg <input type="radio"/> >4,5 kg <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	18. Est-ce qu'un des nouveau-nés des grossesses antérieures présentait une microcéphalie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
19. Est-ce qu'un des nouveau-nés des grossesses antérieures présentait une malformation congénitale		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, préciser :
20. Consanguinité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
21. Age gestationnel _____ semaines _____ jours		22. Date prévue de l'accouchement (JJ/MM/AAAA)	___/___/20___
23. Estimation de la date de conception (JJ/MM/AAAA) ___/___/20___			
24. Nombre de naissances <input type="checkbox"/> Un seul nouveau-né <input type="checkbox"/> Jumeaux <input type="checkbox"/> Triplés <input type="checkbox"/> Autres, préciser :			
25. Voyage à l'intérieur du pays de résidence ou international pendant la grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
Si oui, préciser tous les pays et régions visités ci-dessous :			
Pays/région visité	Date de la visite (JJ/MM/AAAA)	Durée de la visite	

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

2) MALADIES CHRONIQUES DE LA MERE

26. Pathologie cardiovasculaire chronique ¹	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
27. Pathologie pulmonaire chronique ²	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
28. Hémopathies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, préciser :	
29. Pathologie rénale chronique ³	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
30. Hépatopathie chronique, modérée ou sévère ⁴	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
31. Pathologie neurologique chronique ⁵	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, préciser :	
32. Paralysie existant avant cette grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, préciser les parties du corps affectées:	
33. Diabète de type 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
34. Diabète de type 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
35. Autres endocrinopathie chronique ⁶	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
36. Pathologie rhumatologique chronique ⁷	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
37. Immunosuppression	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
38. VIH ⁸	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, traitement antirétroviral en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
39. Numération des CD4	<input type="checkbox"/> <200 cellules/μL <input type="checkbox"/> 200-499 cellules/μL <input type="checkbox"/> ≥500 cellules/μL <input type="checkbox"/> Ne sait pas
40. Autre type d'immunosuppression ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, préciser :	
41. Autre pathologie chronique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, préciser :	

1. ceci inclut coronaropathies, pathologie cérébrovasculaire (Accident vasculaire cérébral notamment), hypertension artérielle (Pression artérielle diastolique >100mmHg), artériopathie périphérique (artériopathie oblitérante des membres inférieurs notamment), cardiopathie rhumatismale, malformations cardiaques congénitales, insuffisance cardiaque. (Cf failure. www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/fr/)
2. Pathologies pulmonaires chroniques obstructives (emphysème, bronchite chronique) diagnostiquées sur des arguments cliniques et spirométriques. Par exemple, dyspnée et diminution du débit expiratoire de pointe (Cf www.who.int/respiratory/copd/diagnosis/fr/)
3. Créatinine > 3 mg (265μmol/L) ou dialyse ou transplantation rénale ou syndrome urémique
4. Cirrhose avec hypertension portale ± saignement de varices œsophagiennes
5. Pathologie neurologiques chroniques, par exemple : épilepsie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, syndromes douloureux chroniques, lésions cérébrales chroniques, sclérose latérale amyotrophique, etc...
6. Hypopituitarisme, insuffisance surrénale, « acidose récidivante »(?)
7. Lupus érythémateux disséminé, polymyosite, pseudopolyarthrite rhizomélitique, connectivite mixte
8. Sérologies VIH-1 ou VIH-2 confirmées (quel que soit la numération/le pourcentage des CD4 ou la charge virale sanguine du VIH), ou patient présentant les critères définissant le SIDA.

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

3) MEDICAMENTS REÇUS PENDANT LA GROSSESSE (AVANT LA SURVENUE DES MANIFESTATIONS AIGÜES ACTUELLES)

42. Médicaments antipyrétiques ou analgésiques	Paracétamol	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Anti-inflammatoires non-stéroïdien(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
	Autre(s), préciser :	
43. Anticonvulsivants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, préciser :	
44. Antiémétique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, préciser :	
45. Vitamines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, préciser :	

4) AUTRES MEDICAMENTS REÇUS PENDANT LA GROSSESSE

46. Historique de la prise de médicaments pendant la grossesse : Merci de bien vouloir lister tous les médicaments pris par la patiente tout au long de sa grossesse en incluant les antibiotiques, les antiviraux et toutes les autres formes de traitement pharmacologique telles que les plantes ou la prise de remède ne faisant pas l'objet d'une autorisation de mise sur la marché. Merci de bien vouloir indiquer dénomination générique si possible.

Nom des médicaments ou plantes ou remède sans autorisation de mise sur le marché	Voie d'administration
	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-veineuse <input type="checkbox"/> Autre voie, préciser
	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-veineuse <input type="checkbox"/> Autre voie, préciser
	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-veineuse <input type="checkbox"/> Autre voie, préciser
	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-veineuse <input type="checkbox"/> Autre voie, préciser
	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-veineuse <input type="checkbox"/> Autre voie, préciser
	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-veineuse <input type="checkbox"/> Autre voie, préciser
	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Voie intra-veineuse <input type="checkbox"/> Autre voie, préciser

5) TABAC, ALCOOL, DROGUES ILLICITES ET TRANSFUSION SANGUINE

47. Tabagisme pendant la grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, préciser la consommation moyenne quotidienne :	<input type="checkbox"/> <10 cigarettes/jour <input type="checkbox"/> ≥10 cigarettes/jour
48. Consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Si oui, préciser la consommation moyenne quotidienne et le(s) type(s) de boisson consommée : _____ _____	<input type="checkbox"/> Moins de 2 prises ⁹ de boisson alcoolisée par jour <input type="checkbox"/> 2-5 prises par jour <input type="checkbox"/> >5 prises par jour
49. Consommation de	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, préciser les types de	

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

drogues illicites récréatives	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	drogues consommées et la voie d'administration :	
50. La patiente a-t-elle reçu une transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Préciser/estimer la date de la dernière transfusion et l'indication de la transfusion :	

9. Une prise d'alcool est définie par l'absorption d'une boisson alcoolisée quelque soit sa nature (un verre de vin, une verre de bière, un cocktail...)

6) HISTORIQUE VACCINALE MATERNELLE

Vaccination	Immunisé	Date de la dernière dose (JJ/MM/AAAA)
51. Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
52. Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
53. Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
54. Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
55. Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
56. Tetanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
57. Diphtérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
58. Polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
59. Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
60. Fièvre jaune	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
61. Encéphalite japonaise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
62. Encéphalite à tiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
63. Dengue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
64. Autre vaccin reçu pendant cette grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, préciser le type de vaccination	
Autre vaccin reçu pendant cette grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui, préciser le type de vaccination	

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

7) DIAGNOSTIC ET DEVENIR DE LA MERE :

Indiquer le diagnostic final retenu en fonction des données cliniques, des résultats de examens complémentaires et de la définition des cas. Prendre en compte la définition appropriée de cas, tel que définie l'OMS ou au niveau national ou local et s'assurer que la définition utilisée est bien comprise, sans équivoque, et partagée par toutes les personnes impliquées dans l'étude.

Microorganisme pathogène	Diagnostic	Date de début	Commentaire
65. Virus Zika	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20__	
66. Virus de la dengue	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20__	
67. Virus de la fièvre jaune	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20__	
68. Virus West Nile	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20__	
69. Virus chikungunya	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20__	
70. Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20__	
71. Rubéole	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20__	
72. Cytomégalovirus	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20__	

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

73. Herpès simplex virus	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20___	
74. Syphilis	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non testée <input type="checkbox"/> Ne sait pas	___/___/20___	
75. Autre, préciser :	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif	___/___/20___	
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/> Infection aiguë confirmée <input type="checkbox"/> Infection aiguë probable <input type="checkbox"/> Infection ancienne confirmée <input type="checkbox"/> Infection ancienne probable <input type="checkbox"/> Négatif	___/___/20___	

FICHE D'OBSERVATION DES CAS DE MALADIE À VIRUS ZIKA MÈRE: DONNÉES INITIALES ET DEVENIR – MDID(1)



Code d'identification de la mère : _____ Code d'identification du nouveau-né : _____

8) EVOLUTION ET DEVENIR FINAL

Evolution	Précisions
76. Date de sortie/retour au domicile (JJ/MM/AAAA)	___/___/20___
77. Etat de la mère à la sortie/au retour au domicile	<input type="checkbox"/> Sortie/retour au domicile sans séquelle <input type="checkbox"/> Sortie/retour au domicile avec séquelles <input type="checkbox"/> Décédée
Si sortie/retour au domicile avec séquelles, préciser :	
78. Si décès, préciser la date du décès (JJ/MM/AAAA)	___/___/20___
79. Etat/évolution de(s) nouveau-né(s)	<input type="checkbox"/> Nouveau-né(s) vivant(s) <input type="checkbox"/> Décès anténatal (aux) <input type="checkbox"/> Décès pendant l'accouchement <input type="checkbox"/> Avortement spontané <input type="checkbox"/> Avortement thérapeutique
80. Infection maternelle au virus Zika	<input type="checkbox"/> Confirmée <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Non recherchée <input type="checkbox"/> Ne sait pas
81. Diagnostic d'infection à virus Zika confirmé par :	<input type="checkbox"/> Confirmation par l'analyse effectuée au laboratoire local de l'hôpital <input type="checkbox"/> Confirmation par un laboratoire national de référence <input type="checkbox"/> Confirmation par un laboratoire international de référence <input type="checkbox"/> Autre mode de confirmation, préciser :
82. Autres évolutions/complications maternelles, préciser :	

9) LE CAHIER D'OBSERVATION A ETE REMPLI PAR :

Nom :		Fonction :	
Signature		Date (JJ/MM/AAAA)	___/___/20___