

Fiche de signalement SARI

Version 11

1. Identification du patientIdentifiant: N° dossier médical: Nom: Prénom: Date de naissance: ou Age: an(s) mois
 j j m m a a a aSexe: Masculin Féminin Profession:

Adresse:

Imada: Délégation: Gouvernorat: Tél: **2. Provenance du patient**Provenance: Urgence Service hospitalier Consultation Secteur privé Autre

Si « Autre », préciser:

Cas transféré et déjà signalé: Oui NonSi « Oui », Service de provenance: **3. Coordonnées du médecin déclarant**

Nom et prénom:

Email: Tél: Hôpital: Service: **4. Notion de contagage**Notion d'autres cas dans l'entourage dans les 14 derniers jours avant le début des signes: Oui NonNotion de voyage à l'étranger durant les 3 dernières semaines: Oui Non

Si « Oui », préciser le(s) pays:

5. Etat vaccinal contre la grippeVaccination contre la grippe dans les 6 derniers mois: Oui Non Inconnu**6. Informations cliniques et paracliniques**Date de début de la maladie: Date d'hospitalisation: Grossesse: Oui Non Ne s'applique pas**Habitudes**Tabac: Oui NonAlcool: Oui NonToxicomanie: Oui Non

6. Informations cliniques et paracliniques (suite)**Comorbidités:** Oui Non Si « Oui », préciser:Maladie cardiaque chronique: Oui NonDéficit Immunitaire: Oui NonMaladie hépatique chronique: Oui NonDiabète: Oui NonMaladie neurologique chronique: Oui NonAsthme: Oui NonTroubles hématologiques chroniques: Oui NonTuberculose: Oui NonMaladie rénale chronique: Oui NonMaladie respiratoire chronique: Oui NonAutre(s): Oui Non Si « Oui », préciser:**Comorbidités spécifiques aux nourrissons:** Oui Non Si « Oui », préciser:Prématurité: Oui NonAllaitement maternel: Oui NonDénutrition: Oui NonAssistance respiratoire néonatale: Oui NonAutre(s): Oui Non Si « Oui », préciser:**Signes fonctionnels**Notion de fièvre: Oui NonTroubles digestifs: Oui Non**Traitement avant admission**Antiviraux: Oui NonAntibiothérapie dans les 3 jours: Oui Non**Signes cliniques**Poids: , Kg Taille: cm Température mesurée à l'admission: , °C**Signes de gravité à l'admission**Hémodynamiques: Oui NonHématologiques: Oui NonRespiratoires: Oui NonHépatiques: Oui NonRénaux: Oui NonRadiologique: Oui NonNeurologiques: Oui NonSIADH: Oui Non
(Syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH)**7. Prélèvement pour recherche des virus de la grippe et autres virus respiratoires**Prélèvement fait: Oui Non Si « Oui », préciser:Date de prélèvement: Type de prélèvement: Nasopharyngé Autre

Si « Autre », préciser:

Laboratoire d'accueil: Labo national Autre Si « Autre », préciser:Test de la Grippe: Positif NégatifSi « Positif », Type: A BSi « Type A », sous type: H N Autre virus respiratoire: Oui Non

Si « Oui », spécifier:

8. Autres examens à visée étiologique

| Intitulé de l'examen | Examen fait | Résultat | Si « + », agent pathogène |
|--------------------------------|---|--|---------------------------|
| Hémocultures | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> NC | |
| Prélèvement distal protégé | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> NC | |
| Lavage bronchio-alvéolaire | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> NC | |
| Aspiration trachéale | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> NC | |
| Antigénurie Pneumocoque | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> NC | |
| Antigénurie Légionnelle | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> NC | |
| ECBC | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> NC | |
| Sérologie des germes atypiques | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> NC | |
| PCR Coqueluche | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> NC | |

9. Prise en charge

 Ventilation mécanique: Oui Non

 Corticothérapie: Oui Non

 Antiviraux: Oui Non

 Antibiothérapie: Oui Non

10. Evolution

 Complications: Oui Non

Evolution finale : Préciser selon le cas:

 Sortie à domicile: Date de sortie:
 Transfert: Date de transfert:

 Service:
 Décès: Date de décès:

 Cause du décès:
 Autre: Evolution:

 Date:

11. Diagnostic retenu

.....

.....

.....