## Suivi des cas d'infection invasive à méningocoque (IIM) de sérogroupe C chez des patients antérieurement vaccinés

## A envoyer par FAX ou courriel à Sante PUBLIQUE FRANCE DIRECTION DES MALADIES INFECTIEUSES

Unité des infections respiratoires et vaccination

Tél: 01 41 79 68 74, Fax: 01 41 79 67 69 email: dmi-meningo@santepubliquefrance.fr

DONNEES PATIENT (A compléter par l'ARS avant envoi au clinicien)				
Code anonymat de la déclaration obligatoire (DO) III_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_				
Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance :/ Département de résidence du cas :				
Date d'hospitalisation :/ Date d'identification du sérogroupe C ://				
ARS/DT ayant réceptionné la DO :				
ANTECEDENTS VACCINAUX MENINGOCOCCIQUE C				
Ce patient a-t-il reçu un vaccin contenant la valence méningocoque C ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas				
Si oui, cette vaccination a eu lieu  ☐ Avant les 10 jours précédant son IIM ☐ Pendant les 10 jours précédant son IIM ☐ Ne sait pas				
Si avant les 10 jours ou NSP Le statut vaccinal a-t-il été documenté au vu du carnet de santé ou de vaccination ? □ Oui □ Non				
Quel(s) vaccin(s) a-t-il reçu(s) ?	Nombre de doses reçues	Date 1ère dose (ou âge en mois ou année)	Date 2ème dose (ou âge en mois ou année)	Date 3ème dose (ou âge en mois ou année)
☐ Conjugué C Meningitec®	 □ Ne sait pas	/	/	/
☐ Conjugué C MenjugateKit®	 □ Ne sait pas	ou nois	ou mois	ou mois
☐ Conjugué C Neisvac ®	 □ Ne sait pas	/	ou nois	/
□ A+C ®	 □ Ne sait pas	/	// ou □ mois □ année	// ou □ mois □ année
☐ ACYW Ménommune® ou Mencevax®	 □ Ne sait pas	// ou □ mois □ année	ou nois	// □ mois □ année
☐ Conjugué ACYW MenVeo®	 □ Ne sait pas	ou nois	ou nois	ou nois
☐ Conjugué ACYW Nimenrix®	 □ Ne sait pas	ou □ mois □ année	ou □ mois □ année	ou □ mois □ année
☐ Nom du vaccin Inconnu	 □ Ne sait pas	ou □ mois □ année	ou □ mois □ année	ou □ mois □ année
Dans quel contexte le vaccin le plus récent a-t-il été administré ?  □ Routine □ Contact d'un cas □ Cas groupés □ Autre, préciser				
Une investigation biologique explorant l'échec vaccinal est-elle en cours (envoi de prélèvements au CNR des méningocoques) ? □ Oui □ Non □ Ne sait pas				
NOM ET COORDONNEES DU CLINICIEN (OU CACHET)				