

Paralyse flasque aiguë (PFA)**Fiche d'étude de cas**

Pays : _____ Hôpital : _____

Nom du médecin : _____ Date du jour : jj / mmm / aa

1. Identification du cas

Nom du patient : _____

Sexe du patient : M F

Nom de la mère : _____

Date de naissance : jj / mmm / aa

Nom du père : _____

Âge: années ___ mois ___

Adresse permanente (où l'on peut trouver l'enfant pour son suivi) : _____

2. Hospitalisation Oui / Non

N° d'identification de l'hôpital _____

Nom de l'hôpital : _____

Date d'admission: jj / mmm / aa

Nom du médecin : _____

3. Antécédents vaccinaux

Dernière dose de VPO/VPI reçue : jj / mmm / aa

Doses de VPO/VPI reçues au total : _____ (selon interrogatoire) _____ (selon dossier de vaccination)

4. Examen clinique de la PFA*[Continuez au verso de la fiche si nécessaire]*

Date d'apparition de la paralysie : jj / mmm / aa

Date d'apparition des symptômes : jj / mmm / aa

Nombre de jours depuis l'apparition de la paralysie maximale : _____

Site de la paralysie (entourez la réponse) : *bras droit / bras gauche / jambe droite / jambe gauche / autre* (décrivez) : _____

Fièvre	Oui	Non	Ne sait pas	Paralysie aiguë	Oui	Non	Ne sait pas	Signes méningés	Oui	Non	Ne sait pas
Douleurs musculaires				Oui	Non	Ne sait pas		Paralysie flasque	Oui	Non	Ne sait pas
Signes d'atteinte du neurone moteur sup.	Oui	Non	Ne sait pas					Maux de tête	Oui	Non	Ne sait pas
Paralysie asymétrique				Oui	Non	Ne sait pas		Perte des sensations	Oui	Non	Ne sait pas
Préhension				Oui	Non	Ne sait pas		Paralysie ascendante	Oui	Non	Ne sait pas
Tonicité musculaire (indiquez un degré) : _____								Injections (< 30 jours)	Oui	Non	Ne sait pas

Réflexes tendineux : *normaux réduits absents accrus*

Autres symptômes : _____

Résultats des tests cliniques, particulièrement LCR : _____

Diagnostic clinique :

Le patient présente-t-il une PFA ? **Oui / Non**Si "Non" : *blessure / Paralysie spastique / ancienne polio / autre* (décrivez) : _____

Lieu de l'examen : _____ Signature du médecin : _____

5. Prélèvement d'échantillons de selles

Prélèvement 1 - jj / mmm / aa Prélèvement 2 - jj / mmm / aa

Selles envoyée au VIDRL le : jj / mmm / aa

Selles parvenues au VIDRL le : jj / mmm / aa

Résultats du laboratoire reçus le : jj / mmm / aa

Conclusions : _____

Examen de suivi après 60 jours**Oui / Non**

Date : jj / mmm / aa

Si non, pourquoi ? _____

Décédé ? **Oui / Non**

Si oui, date : jj / mmm / aa

Si décédé, cause du décès : _____

Paralysie résiduelle : **Oui / Non** Site de la paralysie : **bras droit / bras gauche / jambe droite / jambe gauche / autre**Capacité à marcher : **ne peut pas marcher / marche en boitant / marche normalement**

Nom du médecin : _____ Signature du médecin : _____

Commentaires : _____