

Tétanos néonatal**Fiche d'étude de cas**

Pays : _____ Hôpital : _____

1. Notification/Investigation

Date de la notification : jj / mmm / aa

Lieu de l'investigation : _____

Origine de la notification : _____

Nom du déclarant : _____

Date de l'investigation: jj / mmm / aa

Reçue le : jj / mmm / aa

2. Identification du cas

Nom du bébé : _____

Nom de la mère : _____

Sexe du bébé : **M** **F**

Appartenance ethnique de la mère : _____

Date de naissance du bébé : jj / mmm / aa

Nom du père : _____

Âge de la mère (années) : _____

Adresse : _____

Nombre de naissances vivantes : _____

3. Antécédents vaccinaux de la mère

[nota : les vaccins DTP, DT, Td et TT protègent contre le tétanos]

Doses de vaccins antitétaniques administrées à la mère ? _____ Carte _____ Mémoire _____ Ne sait pas

Nombre de doses administrées pendant la grossesse : _____ Dates d'administration du vaccin : **TCV1** : jj / mmm / aa**TCV2** : jj / mmm / aa **TCV3** : jj / mmm / aa **TCV4** : jj / mmm / aa **TCV5** : jj / mmm / aa **TCV6** : jj / mmm / aa**TCV7** : jj / mmm / aa

Statut vaccinal antitétanique de la mère avant l'accouchement : _____ à jour _____ Pas à jour _____ Ne sait pas

4. Soins prénatals de la mère

Nombre de visites prénatales ? _____ Nom et lieu du centre de santé _____

5. Naissance du bébé

Nom et lieu de la maternité de l'hôpital _____ du dispensaire _____ du foyer _____

Assistée par : _____ Médecin _____ Infirmière _____ Assistant formé _____ Assistant non formé _____ Pas assisté _____ Ne sait pas

Comment le cordon a-t-il été coupé et traité ? _____

6. Symptômes du bébéLe bébé était-il normal à la naissance ? **Oui Non Ne sait pas**Le bébé pleurait-il et tétait-il normalement les 2 premiers jours ? **Oui Non Ne sait pas**Quel âge avait le bébé (en jours) à l'apparition des symptômes ? _____ jours **Ne sait pas**Le bébé a-t-il cessé de téter après 2 jours ? **Oui Non Ne sait pas** Raideur ? **Oui Non Ne sait pas**Spasmes ou convulsions ? **Oui Non Ne sait pas****7. Traitement**Le bébé malade a-t-il été pris en charge dans un centre de santé ? **Oui Non Ne sait pas**

Nom du centre : _____

Le bébé est-il décédé ? **Oui Non Ne sait pas** [Date du décès : jj / mmm / aa]La mère est-elle décédée ? **Oui Non Ne sait pas** [Date du décès : jj / mmm / aa]Conclusion : **Suspicion, Confirmé, Ecarté****8. Intervention de riposte**La mère a-t-elle été vaccinée à la suite d'un décès néonatal ? **Oui Non Ne sait pas** Date de la vaccination jj / mmm / aaUne intervention de riposte a-t-elle été mise en place dans sa localité ? **Oui Non Ne sait pas**Nombre de femmes vaccinées : _____ Une recherche active de cas a-t-elle eu lieu ? **Oui Non Ne sait pas**

Nombre de cas de tétanos néonatal survenus dans les 12 derniers mois, pendant la recherche active de cas dans la communauté ? _____