

Surveillance du Syndrome Hémolytique et Urémique typique (post-diarrhéique) chez l'enfant âgé de moins de 15 ans

Droit d'accès et de vérification par l'intermédiaire du médecin déclarant (loi du 06-01-1978)

Définition de cas : début brutal d'une anémie hémolytique avec insuffisance rénale

- Anémie hémolytique microangiopathique

hémoglobine < 10g/100ml

ou schizocytose ≥ 2% (ou ≥ ++)

- Insuffisance rénale :

créatininémie > 60 μmol/L si âge < 2 ans, > 70μmol/L si âge ≥ 2 ans

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M F

Commune de résidence :

Code postal :

Téléphone des parents :

Diarrhée dans les semaines précédant le SHU

Oui Non Inconnu

Date de début :/...../.....

Présence de sang dans les selles : Oui Non Inconnu

Hospitalisation pour cette diarrhée : Oui Non Inconnu

Syndrome Hémolytique et Urémique

Date de diagnostic :/...../.....

Biologie : (résultats les plus défavorables avant transfusion ou dialyse)

Hémoglobine	g/100 ml	Schizocytes	%
Plaquettes		Créatininémie	μmol/L

Coproculture : Date :/...../.....

<i>Salmonella</i>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>	<i>Shigella</i>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>
<i>Yersinia</i>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>	<i>Campylobacter</i>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>
<i>E. coli O157:H7</i>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>		
<i>E. coli entérohémorragique</i>	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>	Si positif, quel sérotype :	
Recherche de facteurs de virulence dans les selles :			
Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/>		Si positif, quels facteurs :	

Sérologie 1 : Date :/...../.....

Sérologie 2 : Date :/...../.....

Résultats : Positif (quel sérotype :) Négatif

Traitement :

Transfusion	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dialyse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
-------------	-----------------------------------------------------------	---------	-----------------------------------------------------------

Date de sortie :/...../.....

Décès : Oui Non

Si oui, date du décès :/...../.....

Cause du décès :

Notion d'autres cas de SHU typiques dans l'entourage (famille, collectivité, même village, même département, etc.) dans le mois précédant le SHU

Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le contexte :

Notion de cas de diarrhée dans l'entourage dans les 15 jours précédant ou suivant le début du SHU

Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le lieu : Famille Collectivité Autre entourage

Fréquentation d'une collectivité : Oui Non Inconnu

Si oui, repas à la cantine: Oui Non Inconnu

Facteurs de risque dans les 15 jours précédant le SHU

- Consommation de **lait non pasteurisé** Oui Non Inconnu

- Consommation de **fromage au lait cru** Oui Non Inconnu

Si oui, type de fromage :

- Consommation de **steak haché** Oui Non Inconnu

Si oui, mode de cuisson à cœur : cru saignant rosé bien cuit

- Contact avec des **animaux de ferme** Oui Non Inconnu

- **Baignade** (piscine, rivière, étang, etc.) Oui Non Inconnu

- **Événement particulier** (fête, mariage, voyage, etc.) Oui Non Inconnu

Si oui, quel évènement :

Si un aliment (ou une source d'infection) est suspecté, le préciser :

.....

.....

.....

Médecin déclarant :

Date :/...../.....

Hôpital :

Téléphone :

Service :

Fiche de surveillance à renvoyer à
Santé publique France
Direction des Maladies Infectieuses
Gabrielle JONES
Tél : 01 41 79 67 33 - Fax : 01 41 79 67 69