

**A ne remplir que pour les nourrissons de moins de 6 mois** Code laboratoire : .....

DEFINITION DE CAS

**Coqueluche confirmée au laboratoire :**

**TOUX et PREUVE DE L'INFECTION :**

- isolement de *Bordetella* ou PCR positive sur l'aspiration nasopharyngée

3 premières lettres du Nom / Prénom : ..... / .....

Sexe H  F

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

S'agit-il d'un cas lié à un autre cas déjà déclaré Oui  Non  NSP  Si oui, initiales de ce cas : ...../.....

**STATUT VACCINAL**

Recueilli par interrogatoire  Vu sur le carnet de santé  Inconnu

Vacciné contre la coqueluche Oui  Non  Nombre de doses ..... Date dose 1 : ...../...../.....

Date dose 2 : ...../...../.....

**CLINIQUE**

Date de début de la toux ..... / ..... / ..... Quintes > 8 j Oui  Non

Hospitalisation Oui  Non  Si oui, En Pédiatrie  En USC / Réanimation

Hyperlymphocytose > 10 000/mm<sup>3</sup> Oui  Non  NSP

**EVOLUTION**

Toux quinteuse ≥ 21 j Oui  Non  Perdu de vue

Décès Oui  Non  NSP

**CONFIRMATION BIOLOGIQUE, SI POSSIBLE DEMANDER UNE CULTURE**

Date aspiration nasopharyngée ou écouvillonnage : ..... / ..... / .....

**Culture** Positive  Négative  Non faite

**PCR** Positive  Négative  Non faite

**CAS DANS L'ENTOURAGE**

Oui  Non  Inconnu

Contaminateur suspecté Père  Mère  Fratrie

Grands-parents  Autre  Si oui, Préciser.....

Age du contaminateur 1 : .....ans

Age du contaminateur 2 : .....ans

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

**MEDECIN DECLARANT** (nom et cachet du service) :