

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 : ..... / ..... / .....

PCR Positive  Négative  Non Faite  Culture Positive  Négative  Non Faite 

## CAS DANS L'ENTOURAGE, SI OUI MERCI DE PRECISER L'AGE

Oui  Non  NSP 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) :