

Annexe 44 - Feuille de notification individuelle des MAPI rougeole

Télécharger 'Feuille de notification individuelle des MAPI rougeole' (document PDF)

Province : _____ Nom du patient : _____
 District : _____ Prénom : _____
 Etablissement/site : _____ Adresse et contact (tél., mail) : _____
 Si hôpital, préciser le service : _____

Nom du déclarant :

Date de la déclaration :

Informations sur la vaccination

Carte de vaccination : ☐ Oui ☐ Non (si non, autre source d'information) :

Lieu de la vaccination/village/site de vaccination :

Date et heure de vaccination :

Voie d'administration : ☐ SC ☐ IM

Site d'administration : ☐ Bras ☐ Cuisse ☐ Autre (préciser) :

Dose (1ère, 2ème, etc.) :

	Fabricant	Numéro de lot	Date de péremption
Vaccin			
Solvant			

Nombre total d'enfants vaccinés (même jour, même lieu) :

Manifestations post-vaccinales

Date et heure de début :

Antécédent d'allergie : ☐ Non ☐ Oui (préciser) :

Délai entre la vaccination et le début des manifestations :

Type de réaction (préciser) :

- Fièvre : ☐ Non ☐ Oui (préciser T°) :
- Eruption cutanée : ☐ Non ☐ Oui (préciser la localisation) :
- Réaction au point d'injection : ☐ Non ☐ Oui (préciser : douleur, rougeur, infection, autre) :
- Gonflement, œdème : ☐ Non ☐ Oui (préciser la localisation) :

Autre (préciser : réaction anaphylactique, troubles neurologiques, abcès, etc.) :

Prise en charge et évolution clinique

Traitement reçu (médicaments et doses) :

Hospitalisation : ☐ Non ☐ Oui (préciser la durée) :

Mode de sortie : ☐ Guéri ☐ Séquelles (préciser) :

☐ Décès (date et cause) : ☐ Perdu de vue

☐ Autre (préciser) :

MAPI considérée comme grave^a ☐ Non ☐ Oui

^a MAPI grave : événement conduisant à un décès ou potentiellement mortel, nécessitant une hospitalisation