

Annexe 44. Feuille de notification individuelle des MAPI rougeole

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

Informations sur la vaccination

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

Lieu de la vaccination/village/site de vaccination :

Date de vaccination :

Voie d'administration : SC IM

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

	Fabricant	Numéro de lot	Date de péremption
Vaccin			
Solvant			

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

Manifestations post-vaccinales

Date :

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, 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*) :