



Fiche2 : Suivi d'un patient atteint d'infection à virus WEST NILE confirmée

A remplir et à faxer en fin d'hospitalisation par le service déclarant à l'ONMNE
au (71.894.533)

Nom patient : Prénom : Date de naissance : ___/___/___

Sexe : M / F

Hospitalisation : Date d'entrée: ___/___/___ Date de sortie: ___/___/___

Evolution : Guérison En cours Décédé Si décès, date ___/___/___

Séquelles Oui Non Si oui, précisez :

Informations Cliniques :

Syndrome méningé Oui Non NP

Date début des symptômes : ___/___/___

Date 1ère Ponction Lombar : ___/___/___

Céphalées Oui Non Raideur de la nuque Oui Non

Altération conscience Oui Non Convulsions/coma Oui Non

Signes de focalisation Oui Non Douleurs musculaire Oui Non

Douleurs articulaires Oui Non Troubles visuels Oui Non

Eruption cutanée Oui Non Vomissements Oui Non

Autres signes Oui Non Si oui, précisez :

Autres signes cliniques Oui Non Si oui, précisez :

Traitement anti-viral : Oui Non Si oui, précisez :

Y a-t-il d'autres cas suspects dans l'entourage du patient : Oui Non

Si oui, précisez (qui, quand, où ?)

Cas confirmé de West Nile = Un cas suspect avec au moins un des critères de laboratoire suivants :

- Une identification d'anticorps IgM anti-VWN dans le LCR par Elisa.
- Une séroconversion.
- Une augmentation de 4 fois du titre des anticorps IgG anti-VWN détectés par ELISA sur deux prélèvements consécutifs.