

Conjonctivite néonatale causée par la *N gonorrhoeae* ou le *C trachomatis*

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE
PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télééc. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION (Partie remplie par le PCSP)

Numéro du rapport _____
Mois de déclaration _____
Province _____
Date du jour _____

Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné. Si l'information demandée ci-dessous est difficile à obtenir, laissez la réponse vierge. Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS POUR LA CONJONCTIVITE NÉONATALE CAUSÉE PAR LA *N GONORRHOEAE* OU LE *C TRACHOMATIS*

Tout patient âgé de moins de 28 jours (quatre semaines) à l'apparition des symptômes, qui présente des manifestations cliniques de conjonctivite néonatale, y compris au moins l'un des éléments suivants :

- Érythème conjonctival ou oculaire
- Écoulement conjonctival ou oculaire
- Œdème conjonctival ou périoculaire

ET

N gonorrhoeae isolée en culture ou dépistée par le test d'amplification des acides nucléiques dans des prélèvements des yeux, du sang, du liquide céphalorachidien ou d'un autre foyer stérile

OU

C trachomatis isolé en culture ou dépisté par le test d'amplification des acides nucléiques dans des prélèvements des yeux, du nasopharynx ou d'autres prélèvements des voies respiratoires

Critères d'exclusion

Conjonctivite néonatale associée à un autre microorganisme

Mois du premier contact (MM) : _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____ / ____ / ____
JJ MM AAA

1.2 Garçon ____ Fille ____

1.3 Province ou territoire de résidence permanente : _____

1.4 Province ou territoire de diagnostic : _____

1.5 Code postal (trois premiers caractères) : ____ ____ ____

1.6. Connaissez-vous la politique en matière de prophylaxie oculaire néonatale de l'établissement où le patient est né ? Oui ____ Non ____ Inconnu ____ Non applicable ____

Dans l'affirmative, la prophylaxie oculaire à cet établissement est (cochez une réponse) :

- obligatoire (conformément à la loi ou à la réglementation)
- systématique après l'obtention d'un consentement éclairé (ce qui permet aux parents de la refuser)
- utilisée dans les situations à haut risque seulement

SECTION 2 – HISTOIRE PRÉNATALE

2.1 Nombre de grossesses de la mère : _____

2.2 Soins prénatals reçus? Oui ___ Non ___ Inconnu _____

2.2.1 *Dans la négative ou si la réponse est inconnue*, la mère a-t-elle subi un test de dépistage de la *N gonorrhoeae* et du *C trachomatis* à l'accouchement?

Oui ___ Non ___ Inconnu _____ (*Dans l'affirmative*, précisez au point 2.4 ou 2.6 ci-dessous.)

2.2.2 Dispensateur de soins prénatal : Obstétricien-gynécologue ___ Médecin de famille ___ Sage-femme ___

Au sujet de la *N gonorrhoeae*

2.3 Histoire connue d'infection à *N gonorrhoeae* avant la grossesse? Oui ___ Non ___ Inconnu _____

2.3.1 Traitée : Oui ___ Non ___ Inconnu _____

2.4 Dépistage de la *N gonorrhoeae* pendant la grossesse? Oui ___ Non ___ Inconnu _____

2.4.1 *Dans l'affirmative* (cochez toutes les réponses applicables) : 1^{er} trimestre 2^e trimestre

3^e trimestre À l'accouchement

2.4.2 Résultats : Positifs ___ Négatifs ___

2.4.3 *S'ils sont positifs*, sensibilité aux antibiotiques : _____

(Liste des médicaments testés et résultats OU non disponible)

2.4.4 *S'ils sont positifs*, traitée? Oui ___ Non ___ Inconnu _____

Si elle a été traitée, médicament utilisé : _____ Durée : _____

Voie d'administration : _____

2.4.5 Test de guérison après le traitement? Oui ___ Non ___ Inconnu _____

Dans l'affirmative, résultat : Positif ___ Négatif ___

Au sujet de la *Chlamydia*

2.5 Histoire connue d'infection à *Chlamydia* avant la grossesse? Oui ___ Non ___ Inconnu _____

2.5.1 Traitée : Oui ___ Non ___ Inconnu _____

2.6 Dépistage de la *Chlamydia* pendant la grossesse? Oui ___ Non ___ Inconnu _____

2.6.1 *Dans l'affirmative* (cochez toutes les réponses applicables) : 1^{er} trimestre 2^e trimestre

3^e trimestre À l'accouchement

2.6.2 Résultats : Positifs ___ Négatifs ___

2.6.3 *S'ils sont positifs*, traitée? Oui ___ Non ___ Inconnu _____

Si elle a été traitée, médicament utilisé : _____ Durée : _____

Voie d'administration : _____

2.6.4 Test de guérison après le traitement? Oui ___ Non ___ Inconnu _____

Dans l'affirmative, résultat : Positif ___ Négatif ___

Facteurs de risque d'acquisition d'une nouvelle infection transmise sexuellement (ITS) pendant la grossesse

- 2.7 Partenaire(s) ayant des facteurs de risque connus d'ITS : Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- 2.8 Nouveau(x) partenaire(s) sexuel(s) : Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- 2.9 Mère traitée pour une ITS, mais partenaire(s) non traité(s) : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

SECTION 3 – HISTOIRE DE L'ACCOUCHEMENT

- 3.1 Âge gestationnel (semaines terminées, ou à terme) _____ 3.2 Poids à l'accouchement _____ (g)
- 3.3 Type d'accouchement : Vaginal Par césarienne
- 3.4 Rupture prolongée des membranes > 18 heures? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, durée : _____ (heures ou inconnu)
- 3.5 Antibiotique intrapartum administré à la mère (p. ex., prophylaxie du SGB) : Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, nom de l'antibiotique : _____
- 3.6 Lieu de l'accouchement : Hôpital Domicile Maison de naissances Autre, précisez : _____
- 3.7 Un onguent oculaire à l'érythromycine a-t-il été appliqué? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, âge au moment de l'application _____ (heure ou inconnu)

SECTION 4 – ÉVOLUTION CLINIQUE

- 4.1 Date d'apparition des premiers symptômes : ____ / ____ / ____
 JJ MM AAAA
- 4.2 Date de la première consultation médicale : ____ / ____ / ____
 JJ MM AAAA
- 4.3 Date de confirmation du diagnostic : ____ / ____ / ____
 JJ MM AAAA
- 4.4 Présentation clinique

Présentation	Oui	Non	Durée des symptômes avant la présentation (en jours)
Érythème de la conjonctive et de l'œil			
Écoulement de la conjonctive et de l'œil			
Œdème de la conjonctive et de la zone périoculaire			
Fièvre			
Sepsis présumé			
Méningite présumée			
Autre (énumérez) : _____			

SECTION 5 – EXPLORATIONS MICROBIOLOGIQUES (NOURRISSON)

5.1

Prélèvement	Résultat de la culture*	Date JJ/MM/AAA	Résultats de la PCR et du NAAT	Date JJ/MM/AAAA
Écoulement oculaire				
Voie nasopharyngée ou autre voie respiratoire				

Sang				
Autre (précisez) : _____				

* *N gonorrhoeae* (NG), *C trachomatis* (CT), négatif (N) ou non effectué (NE)

- 5.2 Si la *N gonorrhoeae* a été isolée, déclarez la sensibilité : (susceptible / résistante / intermédiaire / non disponible) Érythromycine : _____ Azithromycine : _____ Tétracycline : _____

SECTION 6 – TRAITEMENT

- 6.1 Un traitement antibiotique a-t-il été administré? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

- 6.2 Dans l'affirmative, énumérez les médicaments utilisés pour le traitement empirique ou définitif :

Médication	Dose par kg	Fréquence par jour	Voie (IV, IM, orale, oculaire)	Durée en jours (réelle ou prévue)

- 6.3 Le patient a-t-il été hospitalisé pour être traité? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, durée de l'hospitalisation : _____ (jours)

- 6.4 A-t-il été nécessaire d'effectuer une opération oculaire? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, décrivez : _____

- 6.5 Un test microbiologique a-t-il été effectué après la fin du traitement? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative : Prélèvement : _____ Test : _____ Résultat : Positif Négatif

Prélèvement : _____ Test : _____ Résultat : Positif Négatif

Prélèvement : _____ Test : _____ Résultat : Positif Négatif

SECTION 7 – RÉSULTATS CLINIQUES (pour remplir cette section, un suivi peut être nécessaire. Si le résultat clinique du traitement n'est pas encore connu, laissez toutes les réponses vierges.)

- 7.1 Date du dernier suivi : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

- 7.2 Le patient avait-il des symptômes persistants ou récurrents après la fin du traitement antibiotique recommandé? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez les symptômes : _____

- 7.3 Des tests microbiologiques ont-ils été de nouveau positifs aux mêmes microorganismes? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative : Prélèvement(s) : _____ Test(s) : _____

- 7.4 A-t-il fallu reprendre un traitement antibiotique ? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative : Antibiotique : _____ Dose : _____ Voie : _____ Durée : _____

- 7.5 Le patient a-t-il eu des séquelles oculaires : Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez : _____

- J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'information.
 Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments d'information.

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(CN 2018/11)