

Questionnaire détaillé de la paralysie flasque aiguë

MANUEL DE L'UTILISATEUR

Le présent manuel de l'utilisateur vise à fournir des conseils sur la façon de remplir le questionnaire détaillé de la paralysie flasque aiguë (PFA). Ce questionnaire est accessible en ligne à l'adresse suivante : www.pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/paralysie-flasque-aigue.

Table des matières

Contexte.....	2
But et objectifs.....	2
Définition de cas de la paralysie flasque aiguë.....	3
Notification au service local de santé publique.....	3
Section 1 – Renseignements démographiques.....	4
Section 2 – Anamnèse pertinente.....	4
Section 3 – Antécédents de voyage et de vaccination	5
Section 4 – Caractéristiques cliniques et antécédents récents	6
Section 5 – Examens	7
Section 6 – Diagnostic et résultat	9
Section 7 – Commentaires.....	10
Section 8 – Médecin déclarant/centre d'IMPACT.....	10

Contexte

La paralysie flasque aiguë (PFA) est une conséquence possible de l'infection à poliovirus qui peut entraîner l'apparition soudaine de paralysie d'un ou de plusieurs membres. Le diagnostic différentiel de PFA comprend plusieurs autres affections, telles que le syndrome de Guillain-Barré, la myélite transverse et d'autres infections (p. ex., d'autres entérovirus, une campylobactérie, etc.)

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que les pays procèdent à la surveillance de la PFA afin de suivre l'évolution de la poliomyélite. La surveillance continue de la poliomyélite est essentielle en raison du risque d'importation du virus sauvage en provenance de régions endémiques, un risque qui se maintiendra jusqu'à l'éradication mondiale de la polio. En 1994, l'OMS a certifié le Canada exempt de polio, et le pays continue de procéder à la surveillance de la PFA afin de conserver ce statut.

La surveillance de la paralysie flasque aiguë au Canada est un effort conjoint de la Société canadienne de pédiatrie et l'Agence de la santé publique du Canada. Elle a été lancée en 1991, lorsque la PFA a été sélectionnée parmi les objectifs de surveillance du projet pilote du Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT). En 1996, le programme a été renforcé lorsque la PFA a été intégrée aux objectifs de surveillance du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP), un programme qui venait alors d'être formé et qui vise à colliger des données auprès d'un réseau de pédiatres du pays.

Tous les cas de PFA déclarés sont examinés afin de déterminer la compatibilité avec les définitions de la surveillance à l'échelle nationale pour la poliomyélite paralytique. Les renseignements fournis par les médecins et les infirmières contrôleuses participants dans le questionnaire détaillé sont essentiels pour ce processus décisionnel. Un rapport décrivant les conclusions de l'étude est fourni chaque année à tous les médecins et infirmières contrôleuses participants.

But et objectifs

Le système de surveillance nationale de la PFA vise à confirmer l'absence de poliomyélite au Canada grâce à un système de surveillance active et sensible et à une enquête rapide et pertinente des cas de PFA, afin d'écarter la possibilité d'infection à poliovirus.

Les objectifs du système de surveillance canadien de la PFA reposent sur trois indicateurs de rendement qu'utilise l'Organisation mondiale de la Santé pour déterminer si la surveillance de la PFA respecte la norme de certification. Ces objectifs s'établissent comme suit :

- Déceler au moins un cas de PFA non poliomyélitique par année sur 100 000 enfants de moins de 15 ans.
- Recueillir les résultats des échantillons de selle pertinents dans au moins 80 % des cas, dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie.
- Recueillir les données sur les examens de suivi au moins 60 jours après l'apparition de la paralysie afin de vérifier la présence de paralysie résiduelle dans au moins 80 % des cas de PFA.

Définition de cas de la paralysie flasque aiguë

Définition de cas : Apparition soudaine d'une faiblesse ou d'une paralysie localisée caractérisée par une flaccidité (tonus réduit) sans autre cause évidente (p. ex., traumatisme) chez un enfant de moins de 15 ans. Les faiblesses transitoires (p. ex., faiblesse postconvulsive) ne doivent pas être déclarées.

La définition de cas exclut :

- les patients âgés de 15 ans et plus;
- les patients atteints de faiblesse transitoire (p. ex., faiblesse postconvulsive).

Produisez une déclaration pour tous les patients qui :

- sont âgés de moins de 15 ans (c.-à-d. que le cas n'a pas atteint son 15^e anniversaire);
- subissent une apparition soudaine de paralysie localisée ou de faiblesse caractérisée par une flaccidité (tonus réduit) sans cause évidente (p. ex., un traumatisme);
- sont soit admis à l'hôpital, soit traités en clinique externe.

Notification au service local de santé publique

Poliomyélite : Tous les cas de poliomyélite doivent être signalés IMMÉDIATEMENT au service local de santé publique.

Paralysie flasque aiguë : Veuillez déclarer tous les cas de paralysie flasque aiguë au service local de santé publique si la loi l'exige dans votre province ou territoire. Les provinces et territoires où la paralysie flasque aiguë est une maladie à déclaration obligatoire comprennent l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario, le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick, (syndrome de Guillain-Barré seulement), la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et les Territoires du Nord-Ouest.



Section 1 – Renseignements démographiques

- 1.1 **Date de naissance** : Saisissez la date de naissance du patient en utilisant la convention JJ/MM/AAAA, avec deux chiffres pour le jour, deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année.
- 1.2 **Sexe** : Saisissez le sexe du patient en sélectionnant « Masculin » ou « Féminin ». Sélectionnez « Inconnu » si aucune information sur le sexe du patient n'est disponible.
- 1.3 **Trois premiers caractères du code postal** : Saisissez les trois premiers caractères du code postal de la résidence principale du patient. Cela se limite uniquement aux trois premiers caractères (région de tri d'acheminement) afin d'assurer la protection de la vie privée. Pour les visiteurs étrangers, saisissez le nom du pays d'origine du patient. Pour les personnes sans adresse fixe, saisissez les trois premiers caractères du code postal du centre IMPACT, de l'hôpital ou du cabinet médical soumettant la déclaration.

Section 2 – Anamnèse pertinente

- 2.1 **L'enfant est-il immunodéprimé?** Indiquez si le patient est actuellement immunodéprimé de quelque façon que ce soit. Si la réponse est « Oui », décrivez brièvement les états pathologiques qui font que le patient est immunodéprimé. Ces états peuvent comprendre les suivants :
 - *Neutropénie aiguë ou chronique* : Veuillez inclure tout patient présentant un nombre absolu de neutrophiles inférieur à 1 000.
 - *Immunosuppression due à une cancérothérapie* : Comprend toute forme (chimiothérapie ou radiothérapie) ou tout stade (induction ou entretien) de chimiothérapie, en cours ou terminé au cours des trois mois précédents.
 - *Greffe de moelle osseuse ou de cellules souches* : Cette intervention devrait être incluse, indépendamment du temps écoulé depuis la procédure.
 - *Après une transplantation d'organe plein* : Cette intervention devrait être incluse, indépendamment du temps écoulé depuis la procédure.
 - *Immunodéficiência héréditaire* : Comprend toute anomalie héréditaire définie au niveau de l'immunité (déficit en immunoglobuline, déficit en complément, déficit en lymphocytes T, troubles mixtes).
 - *Immunosuppression en raison de corticoïdes ou d'autres médicaments actuels* : Citons, notamment, la cyclosporine, l'azathioprine, le méthotrexate, etc. Les médicaments doivent être pris par voie orale et de façon continue. Aucune dose ou fréquence de dosage minimale n'est requise. Un traitement aux corticostéroïdes topiques ou par inhalation ne doit pas être inclus.
 - *VIH/sida* : Cet état devrait être inclus, quel que soit le stade de l'infection.
 - *Dysfonction ou absence de rate* : L'absence peut être congénitale (y compris une hyposplénie ou polysplénie) ou post-chirurgicale. On présume qu'il existe un dysfonctionnement avec la drépanocytose, la thalassémie majeure et d'autres maladies.
 - *Faibles taux sériques d'immunoglobulines acquis* : La déplétion des immunoglobulines peut venir de pertes causées par des blessures par brûlure, un syndrome néphrotique et une lymphangiectasie intestinale. On peut utiliser les normes de laboratoire locales pour définir des taux anormalement faibles.
 - *Immaturité néonatale* : À inclure pour tout patient présentant une apparition de la maladie dans les 28 jours suivant la naissance, une période au cours de laquelle les réponses immunitaires sont directes. Cet état peut aussi se produire chez les nourrissons plus âgés qui souffrent encore des effets de prématurité, notamment des soins intensifs prolongés, une ventilation, une dysplasie broncho-pulmonaire symptomatique, une exigence liée à l'alimentation par voie intraveineuse, une entérocolite nécrosante néonatale récente, etc.

- 2.2 **L'enfant présente-t-il des antécédents neurologiques anormaux?** Indiquez si le patient a eu des antécédents d'effets neurologiques anormaux avant l'événement déclaré ici. Si la réponse est « Oui », décrivez brièvement les effets neurologiques anormaux. Ceux-ci peuvent comprendre des troubles épileptiques de tout type (y compris des convulsions fébriles bénignes), une blessure ou une malformation cérébrale, un spina-bifida, une dystrophie musculaire, la cécité, la surdité, des troubles génétiques avec une composante neurologique prédominante ou exclusive et un retard du développement (  l'exception de légères variations dans la normale, comme le retard isolé de la marche à 18 mois).

Section 3 – Antécédents de voyage et de vaccination

- 3.1 **L'enfant s'est-il rendu dans un autre pays dans les 30 jours précédant l'apparition de sa maladie?**
Indiquez si le patient a voyagé ou résidé dans un autre pays au cours des 30 jours précédant l'apparition de la maladie. Si la réponse est « Oui », veuillez préciser le nom du ou des pays visités ainsi que les dates approximatives du voyage. S'il vous faut plus d'espace, veuillez utiliser la section 7 (Commentaires).
- 3.2 **Un contact étroit s'est-il rendu dans un autre pays dans les 90 jours avant l'apparition de la maladie?**
Indiquez si l'un des membres de la famille du patient ou un contact étroit a voyagé ou résidé dans un autre pays au cours des 90 jours précédant l'apparition de la maladie. Si la réponse est « Oui », veuillez préciser le nom du ou des pays visités ainsi que les dates approximatives du voyage. S'il vous faut plus d'espace, veuillez utiliser la section 7 (Commentaires).
- 3.3 **L'enfant a-t-il reçu des vaccins dans les six semaines précédant l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse?** Indiquez si des vaccins ont été administrés au patient (y compris les vaccins contenant le poliovirus) dans les six semaines (ou 42 jours) précédant l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse.
- 3.4 **Inscrivez ci-dessous tous les vaccins que l'enfant a reçus pendant les six semaines (42 jours) précédant l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse :** Saisissez les renseignements suivants pour chaque vaccin administré au patient (y compris les vaccins contenant le poliovirus) dans les 42 jours précédant l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse :
- *Vaccin* : Saisissez le nom générique du vaccin administré (p. ex., DCaT-VPI-Hib).
 - *Nombre de doses de la série* : Indiquez combien de doses le patient a reçues dans la série pour ce vaccin (p. ex., deuxième).
 - *Date de la vaccination* : Inscrivez la date à laquelle le vaccin a été administré au patient en utilisant la convention JJ/MM/AAAA (avec deux chiffres pour le jour, deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année).
- 3.5 **Inscrivez ci-dessous tous les vaccins contre la polio inactivé (VPI) ou contre la polio oral (VPO) que l'enfant a reçus dans sa vie :** Saisissez les renseignements suivants pour chaque vaccin contenant le poliovirus reçu par le patient dans sa vie.
- *Vaccin* : Indiquez si le vaccin reçu était le vaccin contre la polio inactivé (VPI) ou le vaccin contre la polio oral (VPO).
 - *Nombre de doses de la série* : Indiquez combien de doses le patient a reçues dans la série pour ce vaccin (p. ex., deuxième).
 - *Date de la vaccination* : Inscrivez la date à laquelle le vaccin antipoliomyélitique a été administré au patient en utilisant la convention JJ/MM/AAAA (avec deux chiffres pour le jour, deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année).

Remarque : Le **vaccin contre le polio oral (VPO)** est toujours utilisé à grande échelle hors du Canada. Veuillez vous assurer que le bon vaccin administré est documenté.

- 3.6 **La vaccination de l'enfant est-elle à jour?** Indiquez si le patient est considéré comme à jour dans ses immunisations. Cette variable a été incluse pour les cas pour lesquels aucun renseignement sur les antécédents d'immunisation du patient n'est disponible à l'exception du fait qu'il est à jour dans ses immunisations.
- 3.7 **Un membre de la famille ou un contact étroit a-t-il reçu le VPO dans les 90 jours précédant la maladie de l'enfant?** Indiquez si l'un des contacts étroits du patient a reçu le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) dans les 90 jours précédant l'apparition de la maladie du patient.

Section 4 – Caractéristiques cliniques et antécédents récents

- 4.1 **Date d'apparition de la paralysie ou de la faiblesse :** Inscrivez la date à laquelle le patient a commencé à être atteint de paralysie ou de faiblesse en utilisant la convention JJ/MM/AAAA (avec deux chiffres pour le jour, deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année).
- 4.2 **Date à laquelle la paralysie ou la faiblesse a atteint sa pleine étendue ou son point culminant :** Inscrivez la date à laquelle le patient a connu une paralysie ou une faiblesse maximale (c.-à-d. lorsque la paralysie ou la faiblesse a atteint un sommet sur le plan de la gravité), en utilisant la convention JJ/MM/AAAA (avec deux chiffres pour le jour, deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année).
- 4.3 **L'enfant était-il fébrile à l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse?** Veuillez indiquer si le patient avait de la fièvre lorsque la paralysie ou la faiblesse a commencé pour la première fois.
- 4.4 **Classez la faiblesse maximale des membres au moyen du code numérique pertinent :** Pour chaque membre (jambe droite, jambe gauche, bras droit et bras gauche), veuillez indiquer le niveau maximal de faiblesse subie par le patient à l'aide du code approprié.
- 1 = Le patient ne peut pas du tout faire bouger le membre (paralysie totale).
 - 2 = Le patient ne peut faire que des mouvements ou des vacillements lents avec ce membre.
 - 3 = Même si le patient peut faire bouger le membre, il ne peut pas le faire bouger contre la gravité.
 - 4 = Même si la force active du membre est réduite, le patient peut encore le faire bouger contre la gravité.
 - 777 = Sans objet; le membre n'est pas touché ou le patient n'a pas le membre en question.
 - 999 = Inconnu; la faiblesse survenant dans ce membre est inconnue.

Utilisez la section Commentaires à la fin du questionnaire détaillé (section 7) pour expliquer si les renseignements disponibles dans le dossier du patient sont insuffisants pour noter la faiblesse ou si les renseignements ne sont pas suffisamment précis pour cadrer avec les catégories citées.

- 4.5 **Les muscles respiratoires étaient-ils touchés par la paralysie ou la faiblesse?** Indiquez si les muscles respiratoires du patient ont été touchés par une paralysie ou une faiblesse. Ces muscles comprennent le diaphragme, les muscles intercostaux externes, les muscles d'inspiration accessoires (muscles scalènes, muscles sterno-cléido-mastoïdiens, ailes du nez), les muscles de la paroi abdominale (muscle grand droit de l'abdomen, obliques internes et externes et muscle transverse de l'abdomen) et les muscles intercostaux internes.

- 4.6 **Les nerfs crâniens étaient-ils touchés par la paralysie ou la faiblesse?** Indiquez si les nerfs crâniens du patient ont été touchés par une paralysie ou une faiblesse. Si la réponse est « Oui », indiquez quels nerfs ont été touchés.
- 4.7 **Y avait-il des symptômes d'infection actuelle ou récente (six semaines ou moins avant l'apparition des symptômes)?** Indiquez si le patient présentait des symptômes d'une infection actuelle ou récente. On considère qu'une infection est récente si elle est apparue dans les six semaines (ou 42 jours) précédant l'apparition des symptômes. S'il y avait des symptômes d'une infection actuelle ou récente, répondez aux questions 4.8 et 4.9. Si la réponse est « Non », passez à la question 5.1.
- 4.7.1 **Dans l'affirmative, décrivez le type d'infection.** Si le patient présentait des symptômes d'une infection actuelle ou récente, indiquez s'il s'agissait d'une infection des voies respiratoires, d'une infection gastro-intestinale, ou d'un autre type d'infection. Si « Autre » est sélectionné, veuillez préciser le type d'infection.
- 4.7.2 **Dans l'affirmative, y a-t-il eu un test de laboratoire positif (p. ex., microbiologique ou sérologique) confirmant une infection?** Si le patient présentait des symptômes d'une infection actuelle ou récente, indiquez s'il y a eu un test de laboratoire positif confirmant une infection. Le test peut comprendre des tests microbiologiques ou sérologiques. Si la réponse « Oui » est sélectionnée, veuillez préciser l'organisme ou le type d'infection dans l'espace prévu à cet effet.

Section 5 – Examens

- 5.1 **Indiquez les interventions effectuées et précisez l'information demandée à l'endroit prévu :** Pour chacune des interventions diagnostiques énumérées, indiquez si la procédure a été réalisée (« Oui », « Non », « Inconnu ») au cours de l'hospitalisation du patient. Si la réponse est « Oui », indiquez quelle partie du corps était examinée (p. ex., le cerveau, la moelle épinière) et si les résultats ont été considérés comme anormaux, normaux ou inconnus. Décrivez les résultats dans l'espace prévu à cet effet. S'il vous faut plus d'espace, utilisez la section Commentaires à la fin du questionnaire détaillé (section 7), ou joignez une copie des résultats au questionnaire dûment rempli (en enlevant tous les identifiants personnels).
- *ÉMG/ÉCN* : Électromyogramme ou études de conduction nerveuse
 - *IRM* : Imagerie par résonance magnétique
 - *TDM* : Tomodensitométrie
- 5.2 **Indiquez les tests de laboratoire effectués et précisez l'information demandée à l'endroit prévu:** Pour chacun des tests de laboratoire énumérés, indiquez s'il a été effectué (« Oui », « Non », « Inconnu ») au cours de l'hospitalisation du patient. Si le test de laboratoire a eu lieu, fournissez les renseignements suivants pour chaque test :
- *Date* : Indiquez la date à laquelle le test a été effectué en utilisant la convention JJ/MM/AAAA (avec deux chiffres pour le jour, deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année).
 - *Résultat* : Indiquez si les résultats étaient considérés comme positifs, négatifs, ou s'ils étaient inconnus.
 - *Organisme* : Indiquez quels organismes ont été détectés dans chaque culture positive.
 - *Laboratoire* : Inscrivez le nom du laboratoire où le test a été effectué. Incluez également sa ville et la province ou le territoire.
- Si « Autre (test viral) » est sélectionné, veuillez indiquer le nom du test.



Remarque : Pour chaque cas de paralysie flasque aiguë au Canada, il faudrait obtenir une coproculture dans un délai de 14 jours après l'apparition de la paralysie. L'échantillon doit être soumis au Laboratoire national de microbiologie (LNM), conjointement avec le formulaire de requête rempli, qui se trouve à la fin du présent guide de l'utilisateur ou à l'adresse <http://open.cnphi-rcrsp.ca/gts/faces/public/laboratory.xhtml?labId=1012&lang=fr>.

But : La collecte des résultats des coprocultures adéquates dans au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë dans un délai de 14 jours après l'apparition de la paralysie, et le traitement des échantillons dans un laboratoire agréé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) constituent un important objectif de rendement que le système national de surveillance de la paralysie flasque aiguë s'efforce d'atteindre. Le LNM est le seul laboratoire accrédité par l'OMS au Canada, et il est capable de réaliser non seulement des examens de cultures appropriés, mais aussi des analyses moléculaires pour génotyper tout entérovirus à partir de coproculture, de liquide céphalorachidien ou de spécimens respiratoires dans le cadre des essais pour écarter le type sauvage, la souche vaccinale ou un poliovirus dérivé du vaccin. **Ces essais sont effectués dans un délai qui peut améliorer les soins aux patients.**

Confidentialité : Il n'est pas nécessaire d'obtenir le consentement du patient, car l'échantillon est envoyé au LNM aux fins de diagnostic normal. Tous les renseignements recueillis sur le formulaire de demande d'analyse demeureront la propriété du LNM et ne seront pas partagés avec le Programme canadien de surveillance pédiatrique.

Procédure : Il faudrait obtenir un échantillon de selles dans un délai de 14 jours après l'apparition de la paralysie. Pour réaliser l'échantillonnage, il faut simplement un contenant pertinent (comme celui utilisé pour un échantillon d'urine). Cet échantillon peut être conservé de façon sécuritaire dans un congélateur normal jusqu'à ce qu'il soit envoyé au LNM; le poliovirus ou d'autres entérovirus, s'ils sont présents, sont viables pendant plusieurs mois lorsqu'ils sont entreposés dans ces conditions. Bien que l'on puisse également conserver l'échantillon de selles dans un réfrigérateur, la congélation est préférable.

Veillez communiquer avec le LNM lorsque vous serez prêt à lui expédier l'échantillon :

Entérovirus et virus entériques
Laboratoire national de microbiologie
1015, rue Arlington, Winnipeg (Manitoba) R3E 3R2
Téléphone : 204-789-2022 / 204-789-2082
Courriel : NML.Enteroviruses@phac-aspc.gc.ca

Le LNM vous fournira un numéro de compte d'expédition FedEx afin que les frais d'expédition soient pris en charge par le LNM. Il n'est pas nécessaire que l'échantillon soit envoyé congelé. Tout ce que vous avez à faire, c'est appeler FedEx et organiser le ramassage du colis. Si vous préférez, le LNM peut également envoyer un colis à adresse intégrée (incluant des contenants) à votre bureau ou laboratoire par FedEx. Les colis arrivent à destination dans un délai de 24 h à 48 h.

Pour obtenir de plus amples renseignements concernant le protocole d'enquête sur les cas de paralysie flasque aiguë, veuillez consulter le site Web du PCSP, à l'adresse www.pcsp.cps.ca/surveillance/study-etude/paralysie-flasque-aigue.

- 5.3 a) **Indiquez si un examen du LCR a été effectué et précisez l'information à l'endroit prévu** : Indiquez si le liquide céphalorachidien a été examiné et si des recherches virologiques ont été réalisées sur un échantillon de ce liquide (« Oui », « Non », « Inconnu ») au cours de l'hospitalisation du patient. Si l'un ou l'autre examen a été effectué, fournissez les renseignements suivants :
- *Date* : Indiquez la date à laquelle l'épreuve a été effectuée en utilisant la convention JJ/MM/AAAA (avec deux chiffres pour le jour, deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année).
 - *Résultat* : Indiquez si les résultats de l'épreuve étaient considérés comme positifs (Pos), négatifs (Nég), ou s'ils étaient inconnus (Inc).
 - *Organisme* : Indiquez quels organismes ont été identifiés dans chaque résultat positif.
 - *Laboratoire* : Inscrivez le nom du laboratoire où l'épreuve a été effectuée. Incluez également sa ville et la province ou le territoire.
- b) **Si les résultats de l'examen du LCR étaient anormaux, indiquez les paramètres anormaux et les valeurs exactes** : Si un examen du liquide céphalorachidien a été effectué et que les résultats étaient anormaux, fournissez les valeurs et ses unités de mesure pour les paramètres ayant des résultats anormaux. Pour les patients pour lesquels on a prélevé plusieurs échantillons, signalez la plupart des résultats anormaux.

Section 6 – Diagnostic et résultat

- 6.1 **L'enfant a-t-il été hospitalisé?** Indiquez si le patient a été admis en raison de ce problème de santé. Si la réponse est « Oui », indiquez la durée de l'hospitalisation en jours, en semaines ou en mois.
- 6.2 **Indiquez les résultats au moyen du code numérique pertinent** : Inscrivez le code approprié pour décrire les résultats de cet épisode de paralysie ou de faiblesse, à la fois au moment du rapport initial (6.2.1), et au moins 60 jours après l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse (6.2.2). Pour 6.2.1, indiquez la date à laquelle le résultat pour le patient a été initialement évalué en utilisant la convention JJ/MM/AAAA (avec deux chiffres pour le jour, deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année).
- 1 = Le patient est entièrement rétabli.
 - 2 = Bien que le patient se soit rétabli en partie, il est toujours atteint de paralysie ou de faiblesse résiduelle.
 - 3 = Le résultat pour le patient est toujours en attente. Le patient ne s'est pas encore rétabli ou son état a empiré.
 - 4 = Le patient est décédé des suites de la paralysie ou de la faiblesse.
 - 777 = Sans objet : Il n'y a pas encore 60 jours d'écoulés depuis l'apparition de la paralysie.
 - 999 = Le résultat pour le patient est inconnu.

Remarque : La collecte de données sur les examens de suivi au moins 60 jours après l'apparition de la paralysie afin de vérifier la présence d'une paralysie résiduelle chez au moins 80 % des cas de paralysie flasque aiguë constitue un objectif de rendement important pour l'Organisation mondiale de la Santé que le système national de surveillance de la paralysie flasque aiguë s'efforce d'atteindre.

Chaque cas devrait être suivi au moins 60 jours après l'apparition de la paralysie afin de vérifier la présence d'une paralysie résiduelle. Assurez-vous que ces renseignements sont renvoyés au Programme canadien de surveillance pédiatrique.

6.3 **Indiquez le diagnostic définitif** : Indiquez le diagnostic définitif pour le patient. Si « Autre » est sélectionné, veuillez préciser le diagnostic dans l'espace prévu à cet effet.

- Syndrome de Guillain-Barré
- Syndrome de Guillain-Barré (variante de Miller-Fisher)
- Myélite transverse
- Encéphalomyélite aiguë disséminée (EMAD)
- Poliomyélite aiguë
- Poliomyélite associée au vaccin
- Autre

Remarque : Tous les cas de **poliomyélite** doivent être signalés **IMMÉDIATEMENT** au service local de santé publique.

6.4 **Indiquez le degré de certitude diagnostique** : Indiquez si le patient est considéré comme un cas probable ou définitif selon le diagnostic final indiqué ci-dessus (question 6.3). Cela permettra de se prononcer sur le cas.

6.5 **Y a-t-il une possibilité que ce diagnostic soit lié à une infection par le poliovirus?** Indiquez si l'on soupçonne que la maladie du patient est associée à une infection par le poliovirus. Si la réponse est « Oui », décrivez les raisons de ces soupçons.

Section 7 – Commentaires

7.1 **Consignez les commentaires que vous jugez susceptibles d'être utiles à la classification des cas** : Incluez tous les renseignements supplémentaires qui peuvent aider à confirmer ou à exclure le patient comme un cas de poliomyélite.

Section 8 – Médecin déclarant/centre d'IMPACT

8.1 **Date de complétion** : Indiquez la date à laquelle le présent questionnaire détaillé a été rempli en utilisant la convention JJ/MM/AAAA (avec deux chiffres pour le jour, deux chiffres pour le mois et quatre chiffres pour l'année).

8.2 **Centre d'IMPACT** : Si vous remplissez le questionnaire au nom du centre d'IMPACT, cochez « Oui ». Sinon, cochez « Non ».

Veuillez prendre note que les renseignements suivants demeureront la propriété de la Société canadienne de pédiatrie et ne seront pas transmis à l'Agence de la santé publique du Canada.

Prénom : Inscrivez votre prénom.

Nom : Inscrivez votre nom de famille.

Adresse : Inscrivez l'adresse municipale et le numéro de salle de votre lieu de travail.

Ville : Inscrivez la ville de votre lieu de travail.

Province : Inscrivez la province de votre lieu de travail.

Code postal : Inscrivez le code postal de votre lieu de travail.

Téléphone : Inscrivez le numéro de téléphone auquel on peut vous joindre au sujet de ce patient.

Télécopieur : Inscrivez le numéro de télécopieur auquel on peut vous joindre au sujet de ce patient.

Courriel : Inscrivez l'adresse électronique à laquelle on peut vous joindre au sujet de ce patient.



REQUÊTE D'ANALYSE POUR DES ENTÉROVIRUS ET DES VIRUS ENTÉRIQUES

Entérovirus et virus entériques
Laboratoire national de microbiologie
1015 rue Arlington, Winnipeg, MB R3E 3R2
téléphone : (204) 789-2022 télécopieur : (204) 789-2082
courriel: NML.Enteroviruses@phac-aspc.gc.ca

INFORMATION SUR L'EXPÉDITEUR

NOM :

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

INFORMATION SUR LE PATIENT

NOM-CODE :

DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ) :

SEXE : M F

VILLE :

PROVINCE :

AUTRE INFORMATION :

INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON

POUR LES SPÉCIMENS PRIMAIRES :

RÉF. DE L'ÉCHANTILLON :

DATE DE PRÉLÈVEMENT (AAAA-MM-JJ) :

SELLES

AUTRE (SPÉCIFIER) :

POUR LES ISOLATS VIRAUX :

RÉF. DE L'ÉCHANTILLON :

DATE DE PRÉLÈVEMENT (AAAA-MM-JJ) :

HISTOIRE DE PASSAGE D'ISOLAT :

SPÉCIMEN ORIGINAL (EX. SELLES) :

LA VARIÉTÉ DE CELLULE A EMPLOYÉ (EX. LE REIN DE SINGE) :

NOMBRE DE PASSAGE D'ISOLAT :

D'AUTRES RÉSULTATS D'ESSAI (EX. IFA; NEUTRALISATION) :

VIRUS SUSPECTS

ENTEROVIRUS

PARECHOVIRUS

POLIOVIRUS

NOROVIRUS

AUTRE (SPÉCIFIER) :

TEST REQUIS

DÉTECTION ET TYPAGE DES ENTÉROVIRUS ET DES
PARÉCHOVIRUS HUMAINS

DÉTECTION ET CARACTÉRISATION MOLÉCULAIRE DES
POLIOVIRUS

DÉTECTION ET TYPAGE MOLÉCULAIRES DES NOROVIRUS

ANTÉCÉDENTS CLINIQUES

PARALYSIE

VOMISSEMENTS

MYOCARDITE

MÉNINGITE
ASEPTIQUE

MALADIE MAINS-
PIEDS-BOUCHE

DIARRHÉE

PÉRICARDITE

HERPANGINA

EPIDÉMIE
PLEURODYNIA

CONJONCTIVITE AIGUË HÉMORRAGIQUE

AUTRE (SPÉCIFIER) :

L'EXPOSITION À LA VACCIN CONTRE LA POLIO :

RÉCIPiendaire

CONTACTER

HOSPITALISATION? OUI NON

HISTOIRE DU VOYAGE

ENDROIT :

DATE (AAAA-MM-JJ) :

ENDROIT :

DATE (AAAA-MM-JJ) :