

# Paralysie flasque aiguë (PFA)

## PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent  
Ottawa (Ontario) K1G 4J8  
Tél. : 613-526-9397, poste 239  
Télec. : 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 \_\_\_\_\_

Veuillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné. Pour obtenir de l'aide, consultez le manuel des utilisateurs, [www.pcsp.cps.ca/uploads/studies/paralysie-flasque-aigue-questionnaire-manuel-de-utilisateur.pdf](http://www.pcsp.cps.ca/uploads/studies/paralysie-flasque-aigue-questionnaire-manuel-de-utilisateur.pdf).

Les données sont traitées en toute confidentialité.

**REMARQUE :** Déclarez tous les cas de PFA au service local de santé publique si la loi l'exige dans votre région socio-sanitaire : Alberta, Saskatchewan, Ontario, Québec, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Territoires du Nord-Ouest.

### DÉFINITION DE CAS DE LA PARALYSIE FLASQUE AIGÜE

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.

Mois de la première consultation \_\_\_\_\_

### SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
JJ MM AAAA

1.2 Sexe : Masculin\_\_\_ Féminin\_\_\_ Inconnu\_\_\_

1.3 Code postal – trois premiers caractères seulement : \_\_\_\_ \_

### SECTION 2 – ANAMNÈSE PERTINENTE

2.1 L'enfant est-il immunodéprimé? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

Dans l'affirmative, décrivez brièvement son état : \_\_\_\_\_

2.2 L'enfant présente-t-il des antécédents neurologiques anormaux? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

Dans l'affirmative, décrivez brièvement son état : \_\_\_\_\_

### 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? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

Dans l'affirmative, précisez le ou les pays et les dates approximatives du voyage : \_\_\_\_\_

3.2 Un contact étroit s'est-il rendu dans un autre pays dans les 90 jours avant l'apparition de la maladie? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

Dans l'affirmative, précisez le ou les pays et les dates approximatives du voyage : \_\_\_\_\_

3.3 L'enfant a-t-il reçu des vaccins dans les six semaines précédant l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse?

Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

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.

Vaccin	Nombre de doses de la série	Date de la vaccination (JJ/MM/AAAA)
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____

**SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS DE VOYAGE ET DE VACCINATION (suite)**

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. *Remarque : Le VPO est toujours utilisé hors du Canada.*

Vaccin (VPI ou VPO)	Nombre de doses de la série	Date de la vaccination (JJ/MM/AAAA)	Vaccin (VPI ou VPO)	Nombre de doses de la série	Date de la vaccination (JJ/MM/AAAA)
_____	_____	___/___/_____	_____	_____	___/___/_____
_____	_____	___/___/_____	_____	_____	___/___/_____
_____	_____	___/___/_____	_____	_____	___/___/_____
_____	_____	___/___/_____	_____	_____	___/___/_____

3.6 La vaccination de l'enfant est-elle à jour? Oui\_\_ Non\_\_ Inconnu\_\_

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? Oui\_\_ Non\_\_ Inconnu\_\_

**SECTION 4 – CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET ANTÉCÉDENTS RÉCENTS**

4.1 Date d'apparition de la paralysie ou de la faiblesse: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

JJ MM AAAA

4.2 Date à laquelle la paralysie ou la faiblesse a atteint sa pleine étendue ou son point culminant : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

JJ MM AAAA

4.3 L'enfant était-il fébrile à l'apparition de la paralysie ou de la faiblesse? Oui\_\_ Non\_\_ Inconnu\_\_

4.4 Classez la faiblesse maximale des membres au moyen du code numérique pertinent. Jambe droite \_\_\_\_\_ Jambe gauche \_\_\_\_\_ Bras droit \_\_\_\_\_ Bras gauche \_\_\_\_\_

1 = Paralysie totale  
 2 = Mouvement infime seulement  
 3 = Capacité de bouger, mais pas de combattre la gravité  
 4 = Force active réduite, mais capacité de combattre la gravité  
 777 = Sans objet  
 999 = Inconnu

4.5 Les muscles respiratoires étaient-ils touchés par la paralysie ou la faiblesse? Oui\_\_ Non\_\_ Inconnu\_\_

4.6 Des nerfs crâniens étaient-ils touchés par la paralysie ou la faiblesse? Oui\_\_ Non\_\_ Inconnu\_\_

**Dans l'affirmative**, indiquez lesquels : \_\_\_\_\_

4.7 Y avait-il des symptômes d'infection actuelle ou récente (six semaines ou moins avant l'apparition des symptômes)? Oui\_\_ Non\_\_ Inconnu\_\_

**Dans l'affirmative :**

4.7.1 Décrivez le type d'infection : \_\_des voies respiratoires \_\_gastro-intestinale \_\_Autre : \_\_\_\_\_

4.7.2 Y a-t-il eu un test de laboratoire positif (p. ex., microbiologique ou sérologique) confirmant une infection? Oui\_\_ Non\_\_ Inconnu\_\_

**Dans l'affirmative**, précisez l'organisme ou l'infection détecté : \_\_\_\_\_

**SECTION 5 – EXAMENS**

5.1 Indiquez les interventions effectuées et précisez l'information demandée à l'endroit prévu.

Intervention diagnostique	Partie du corps examinée	Résultat*	Description
ÉMG/ÉCN	Oui__ Non__ Inc__ _____	An__ N__ Inc__ _____	_____
IRM	Oui__ Non__ Inc__ _____	An__ N__ Inc__ _____	_____
TDM	Oui__ Non__ Inc__ _____	An__ N__ Inc__ _____	_____

\* ÉMC = Électromyogramme; ÉCN = Études de conduction nerveuse; TDM = Tomodensitométrie; An = Anormal; N = Normal; Inc = Inconnu

**SECTION 5 – EXAMENS (suite)**

5.2 Indiquez les tests de laboratoire effectués et précisez l'information demandée à l'endroit prévu.

Test de laboratoire	Date (JJ/MM/AAAA)	Résultat*	Organisme	Laboratoire†
Coproculture 1 (test viral) :	Oui__ Non__ Inc__ ___/___/___	Pos__ Nég__ Inc__	_____	_____
Coproculture 1 (culture bactérienne) :	Oui__ Non__ Inc__ ___/___/___	Pos__ Nég__ Inc__	_____	_____
Prélèvement de gorge (test viral) :	Oui__ Non__ Inc__ ___/___/___	Pos__ Nég__ Inc__	_____	_____
Autre‡ (test viral) :	Oui__ Non__ Inc__ ___/___/___	Pos__ Nég__ Inc__	_____	_____

\* Pos=Positif; Nég=Négatif; Inc=Inconnu. †Inclure le nom du laboratoire et la ville.

‡ Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Chaque cas de PFA devrait être corroboré par **une coproculture obtenue dans les 14 jours suivant 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 questionnaire ou à l'adresse <https://www.cnphi-rcrsp.ca/gts/faces/public/rdt.xhtml?lang=fr&rdtid=10039&labld=1012>. **Les données contenues dans le formulaire sont conservées par le LNM et ne sont pas transmises au Programme canadien de surveillance pédiatrique.**

Recueillez de 5 g à 10 g de selle. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un médium de collecte particulier. Vous pouvez recueillir les selles dans un contenant stérile étanche. Il faut entreposer immédiatement le prélèvement dans un congélateur à -20 °C ou le placer dans une glacière entre des blocs réfrigérants à 4°C to 8°C, prêt à être expédié au laboratoire. Il est important d'envoyer le prélèvement rapidement afin d'en éviter la dégradation. Le prélèvement doit parvenir au LNM dans les 72 heures suivant sa collecte. Il faut respecter la chaîne du froid, car les retards ou l'exposition prolongée à la chaleur peuvent détruire le virus. Après avoir été gelé, le prélèvement peut être expédié sur de la glace sèche. Il peut aussi être expédié entouré d'un bloc réfrigérant qui a été conservé au congélateur à -80 °C pendant la nuit. L'envoi n'a pas à respecter le Règlement sur le transport des marchandises dangereuses. Prenez contact avec le LNM lorsque vous être prêt à expédier la coproculture. Vous recevrez un numéro de compte qui couvrira les frais postaux. Il est possible de prendre contact avec le LNM à l'adresse suivante :

Section des entérovirus, Laboratoire national de microbiologie  
1015, rue Arlington, Winnipeg (Manitoba) R3E 3R2  
Téléphone : 204-789-2022 / 204-789-2082  
Courriel : tim.booth@phac-aspc.gc.ca

5.3 a) Indiquez si un examen du LCR a été effectué et précisez l'information à l'endroit prévu.

Test de laboratoire	Date (JJ/MM/AAA)	Résultat*	Organisme	Laboratoire†
Examen du LCR :	Oui__ Non__ Inc__ ___/___/___	Pos__ Nég__ Inc__	Voir question 5.3 b)	_____
LCR (tests viraux) :	Oui__ Non__ Inc__ ___/___/___	Pos__ Nég__ Inc__	_____	_____

b) Si les résultats de l'examen du LCR étaient anormaux, indiquez les paramètres anormaux et les valeurs exactes :

	Anormal	Valeur	Unités		Anormal	Valeur	Unités
Protéine :	Oui__ Non__ Inc__	_____	_____	Neutrophiles :	Oui__ Non__ Inc__	_____	_____
Glucose :	Oui__ Non__ Inc__	_____	_____	Lymphocytes :	Oui__ Non__ Inc__	_____	_____
Globules blancs :	Oui__ Non__ Inc__	_____	_____	Globules rouges :	Oui__ Non__ Inc__	_____	_____

\* Pos=Positif; Nég=Négatif; Inc=Inconnu. †Inclure le nom du laboratoire et la ville.

**SECTION 6 – DIAGNOSTIC ET RÉSULTAT**

6.1 L'enfant a-t-il été hospitalisé? Oui\_\_\_ Non\_\_\_ Inconnu\_\_\_

**Dans l'affirmative**, durée de l'hospitalisation : \_\_\_jours \_\_\_semaines \_\_\_mois

6.2 Indiquez les résultats au moyen du code numérique pertinent :

6.2.1 Résultats au moment du rapport initial : \_\_\_\_\_

Date de la première évaluation des résultats : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
JJ MM AAAA

6.2.2 Résultats au moins 60 jours après l'apparition de la maladie ou de la faiblesse : \_\_\_\_\_

1 = Entièrement rétabli  
2 = Rétablissement partiel avec paralysie ou faiblesse résiduelle  
3 = Résultat en attente (non rétabli, atteinte progressive)  
4 = Fatal  
5 = Autre  
777 = Sans objet  
999 = Inconnu

**SECTION 6 – DIAGNOSTIC ET RÉSULTAT (suite)**

6.3 Indiquez le diagnostic définitif :

- 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, précisez : \_\_\_\_\_

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



6.4 Indiquez le degré de certitude diagnostique :

Probable  Définitif

6.5 Y a-t-il une possibilité que ce diagnostic soit lié à une infection par le poliovirus? Oui  Non  Inconnu

**Dans l’affirmative**, décrivez : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SECTION 7 – COMMENTAIRES**

7.1 Consignez les commentaires que vous jugez susceptibles d’être utiles à la classification des cas.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SECTION 8 – MÉDECIN DÉCLARANT / CENTRE D’IMPACT**

8.1 Date de complétion : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 JJ MM AAAA

8.2 Centre d’IMPACT : Oui  Non

- 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.

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_  
 Courriel \_\_\_\_\_

**Merci d’avoir rempli ce formulaire.**



# 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: Tim.Booth@phac-aspc.gc.ca or Elsie.Grudeski@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) :