Listeria chez le nouveau-né et en début de vie (LNN)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE
2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Téléc. : 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.
Les données seront traitées confidentiellement.

DÉFINITION DE CAS POUR LA *LISTERIA* CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET EN DÉBUT DE VIE

Signaler tout nouveau patient de moins de six mois qui respecte les critères suivants :

1. **Définitif**
   - Culture positive de *Listeria* prélevée dans un site normalement stérile, comme le sang, le liquide céphalorachidien ou le liquide pleural; ou
   - Culture positive de *Listeria* prélevée dans le placenta en présence de caractéristiques cliniques compatibles avec la listériose (sepsis, méningite, détresse respiratoire, etc.)
2. **Probable**
   - PCR positive de *Listeria* prélevée dans un site normalement stérile du placenta, en présence de caractéristiques cliniques compatibles avec la listériose (sepsis, méningite, détresse respiratoire, etc.)

Mois de la première consultation : _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____ /____ /_____ (JJ MM AAAA) 1.2 Sexe : Masculin___ Féminin___

1.3 Province ou territoire de résidence : _____

1.4 Ethnie (cochez toutes les réponses applicables) : Arabe ___ Noire ___ Chinoise ___ Philippine ___ Japonaise ___ Coréenne ___ Latino-Américaine ___ Sud-Asiatique (p. ex. : bangladaise, pendjabie, sri-lankaise) ___ Asiatique du Sud-Est (p. ex. : vietnamienne, cambodgienne, malaisienne, laotienne) ___ Asiatique occidentale (p. ex. : afghane, assyrienne, iranienne) ___ Blanche ___ Première nation ___ Inuite ___ Métisse ___ Autre (précisez) _____ Inconnue ___

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS PRÉNATALS

2.1 Âge gestationnel à la naissance : _____ semaines complètes

2.2 Poids à la naissance : _____ grammes

2.3 Type d'accouchement : Vaginal ___ Instrumentalisé – Forceps ___ Ventouses ___ Césarienne ___

2.4 Indice d'APGAR à : 1 minute ____ 5 minutes ____ 10 minutes ____

2.5 Le nourrisson est-il le produit d'une grossesse unique? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans la négative, le nourrisson est né : le premier ___ le deuxième ___ autre, précisez : _____

2.6 Liquide méconial? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.7 Rupture prolongée des membranes (>18 heures avant l'accouchement)? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.8 A-t-on posé un diagnostic de chorioamnionite? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.9 A-t-on administré des antibiotiques à la mère (p. ex., prophylaxie contre le SGB)? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.10 Température élevée de la mère >38 ºC? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.11 Élévation des globules blancs de la mère (>10 000) au début du travail ou par la suite? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS PRÉNATALS (suite)

2.12 La mère avait-elle une maladie de type grippal (définie comme de la fièvre, de la toux, +/– de symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures, comme un écoulement nasal) dans les 48 heures suivant l'accouchement?
Oui ___ Non ___ Inconnu ___

2.13 Des cultures maternelles ont-elles été prises? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative : Sang ___ Autre, précisez : _____ Résultats : _____

SECTION 3 – HISTOIRE POSTNATALE

3.1 Âge à la présentation : ____ heures (si <24 heures) ou ____ jours

3.2 Alimentation : Allaitement ___ Préparation lactée ___ Rien par voie orale (NPO) ___

3.3

Signes cliniques de sepsis	**Oui**	**Non**	**Inconnu**
• Éruption	___	___	___
• Diminution de l'alimentation / intolérance alimentaire / diarrhée	___	___	___
• Détresse respiratoire / apnée / cyanose	___	___	___
• Hyperthermie / hypothermie	___	___	___
• Léthargie / irritabilité / convulsions / hypotonie / hypertonie	___	___	___
• Coagulopathie intravasculaire disséminée (CIVD)	___	___	___
• Hypoperfusion / choc	___	___	___

SECTION 4 – EXAMENS DE LABORATOIRE CHEZ LE NOURRISSON

4.1 Date à laquelle le patient a été diagnostiqué : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

4.2 Province ou territoire où le diagnostic a été posé : _____

4.3 Microbiologie pour la *Listeria* – dans la colonne des résultats, inscrivez positif (**+**), négatif (**–**), inconnu (**?**) ou non effectué (**NE**) :

	Résultats de la culture	**Résultats de la PCR**	**Dates JJ / MM / AAAA**
Sang			
LCR			
Autre site stérile (précisez le site) : _____			

4.4 A-t-on prélevé du LCR? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, résultat de l'analyse initiale du LCR : Numération des globules blancs _____
% de neutrophiles totaux ____ % de neutrophiles immatures ____ Frottis _____

4.5 Formule sanguine complète (FSC) au moment de la présentation? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, résultats de la FSC initiale à la présentation : HB _____ HCT _____
Numération des globules blancs _____ Neutrophiles totaux _____ Neutrophiles non segmentés _____
Plaquettes _____

4.6. La fonction hépatique a-t-elle été vérifiée au moment du diagnostic? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
Dans l'affirmative, résultat de l'analyse initiale de l'épreuve de fonction hépatique : AST(SGOT) _____
ALT _____ GGT _____ Bilirubine totale ou conjuguée _____

SECTION 5 – ÉVOLUTION CLINIQUE ET RÉSULTATS

5.1 Quels antibiotiques ont-ils été utilisés pour traiter la listériose? _____
Durée de l'antibiothérapie (en jours) : _____

SECTION 5 – ÉVOLUTION CLINIQUE ET RÉSULTATS (suite)

5.2 L'enfant était-il déjà à l'hôpital à l'apparition des symptômes? Oui ___ Non ___

S'il a été réhospitalisé, date de la réhospitalisation : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

Poids à la réhospitalisation : _____ grammes

5.3 L'enfant a-t-il été hospitalisé à l'unité de soins intensifs (USI)? Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, précisez la durée du séjour à l'USI, en jours : _____

5.3.1 L'enfant était-il déjà à l'USI à l'apparition des symptômes? Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, précisez le nombre de jours entre l'apparition des symptômes et le congé ou le décès : _____

5.3.2 Ventilation assistée causée par l'infection à *Listeria*? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

5.3.3 Déjà sous respirateur pour d'autres raisons à l'apparition des symptômes? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

5.3.4 Précisez le nombre de jours de ventilation assistée après l'apparition des symptômes causés par la *Listeria* : _____

5.4 L'enfant a-t-il obtenu son congé? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez la date du congé : ____ /____ /_____
JJ MM AAAA

Dans l'affirmative, où l'enfant a-t-il reçu son congé? À la maison ____ Dans un autre établissement de soins ____

5.5 Au congé, avait-il subi un test d'audition? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez le résultat : _____

L'enfant avait-il des séquelles au congé? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans l'affirmative, précisez : _____

5.6 Si l'enfant est encore hospitalisé, précisez la durée totale d'hospitalisation : _____ jours / semaines

5.7 L'enfant est-il décédé? Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, âge au moment du décès : _____ jours / mois

SECTION 6 – SANTÉ PUBLIQUE

6.1 La source de l'infection a-t-elle été établie? Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, ce cas s'est-il produit dans le cadre d'une éclosion connue? 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.**

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom_____ Nom_____

Adresse_____

Ville_____ Province_____ Code postal_____

Téléphone_____ Télécopieur_____

Courriel_____ Date de complétion_____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(LNN 2015-05)