



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**  
**COQUELUCHE**

Code permanent : .....

N° d'analyse : .....

**1/ IDENTITE DU MALADE/**

Nom : ...../ Prénom : ...../ Date de naissance : .....

(Nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Sexe : ..... Externe  Hospitalisé

Date d'hospitalisation : ..... Hôpital/service : .....

**2/- RESEIGNEMENTS CLINIQUES ET DIAGNOSTIC :**

Toux : Oui  Non   
 Durée de la toux : .....

Vaccination anti coqueluche : Oui  Non   
 Date de la dernière injection : .....  
 Nombre de doses reçues : .....  
 Vaccin utilisé : .....

Quintes : Oui  Non

Accès de cyanose : Oui  Non   
 Chant de coq : Oui  Non

Diagnostic probable de la coqueluche : Oui  Non

Vomissements : Oui  Non   
 Post toux

Présence de cas dans l'entourage : Oui  Non   
 du malade

Taux de leucocytes/ lymphocytes : .....

Contaminateur suspecté : mère  père  fratrie

Taux de plaquettes : .....

Lieu de garde : Ecole  autre

Fièvre : Oui  Non

**3/- TRAITEMENT ANTIBIOTIQUES :**

Nom de l'A.T.B

Date.....Durée.....

**4/- PRELEVEMENTS :**

Ecouvillonnage naso-pharyngé

Nombre

Aspiration Naso-pharyngée

Nombre

1<sup>er</sup> Sérum

Nombre

Date de Prélèvement : .....Heure de Prélèvement : .....