

Leptospirosis suspicion in hospitalized patients

Inclusion criteria: Acute febrile syndrome with headaches and myalgia PLUS AT LEAST one of the following:
~~prostration~~ ~~conjunctival injection~~ ~~meningeal syndrome~~ ~~anuria or oliguria and/or proteinuria~~ ~~icterus~~
~~haemorrhages~~ ~~Cardiac arrhythmia~~ ~~cardiac deficiency~~ ~~skin rash~~

Place of recruitment Hospital _____ Service _____

Patient Hospitalisation date |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| **Anonymous code** |_|_| ||_|_| |_|_|
 Family name _____ Given name _____
 City / Island of residence _____
 Date of birth |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| Or Age |_|_| years Sex Male Female

Anonymous code |_|_| ||_|_| |_|_|

Clinical presentation Date of first symptoms |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
Temperature |_|_|,|_| °C

Headache	No	Yes		Myalgia	No	Yes	
Prostration	No	Yes		Conjunctival suffusion	No	Yes	Unknown
Meningeal syndrome	No	Yes	Unknown	Anuria / Oliguria	No	Yes	Unknown
Proteinuria	No	Yes	Unknown	Icterus	No	Yes	Unknown
Haemorrhages	No	Yes	Unknown	Cardiac arrhythmia	No	Yes	Unknown
Cardiac deficiency	No	Yes	Unknown	Skin rash	No	Yes	Unknown
Haemoptysis	No	Yes	Unknown	Others	No	Yes	Unknown

 please state 1) _____ 2) _____ 3) _____

Antibiotic treatment since the first symptoms No Yes Unknown
 If so, name of product _____ Date of first treatment |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Similar cases in entourage No Yes Unknown

Occupation(s) Occupation 1 _____ Occupation 2 _____

Freshwater exposition

Sewers, gutters	No	Yes	Unknown
River, creek	No	Yes	Unknown
Lake	No	Yes	Unknown
Swamps	No	Yes	Unknown
Irrigated culture	No	Yes	Unknown
Well	No	Yes	Unknown
Water tank	No	Yes	Unknown
Other	No	Yes	Unknown

 please state _____

Exposition context

Shower / Hygiene	No	Yes	Unknown
Swimming	No	Yes	Unknown
Fishing	No	Yes	Unknown
Hunting	No	Yes	Unknown
Cultures	No	Yes	Unknown
Building	No	Yes	Unknown
Military activities	No	Yes	Unknown
Other	No	Yes	Unknown

 please state _____

Animal contacts during the 3 weeks before onset of illness

Dog / Cat	Non	Yes	Unknown	Sheep/Goat	Non	Yes	Unknown
Pork / Swine	Non	Yes	Unknown	Cattle	Non	Yes	Unknown
Horse	Non	Yes	Unknown				
Rodents	Non	Yes	Unknown	Species (rats / mice – Indoor / Outdoor)	_____		
Other Mammals	Non	Yes	Unknown	please state	_____		

Suspected place of exposition (7-15 days before onset of illness): _____

Samples date sampled |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| please state Blood Urine
 transmitted to IPNC on |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Disease outcome Recovery Recovery with sequela/state Death Unknown
Form completed by _____ Tel / Email _____

Suspicion de leptospirose chez les patients hospitalisés

Critères d'inclusion : syndrome fébrile aigu avec céphalées et myalgies **ET AU MOINS UN des signes suivants :**
 prostration - injection conjonctivale – syndrome méningé – anurie ou oligurie et/ou protéinurie – ictère –
 hémorragies – arythmie cardiaque – insuffisance cardiaque – éruption cutanée

Lieu de recrutement Hôpital _____ Service _____

Patient	Date d'hospitalisation _ _ _ _ _ _ _ _	Code anonymisation _ _ _ _ _ _
Nom _____	Prénom _____	
Ville de résidence _____		Quartier _____
Point de repère du domicile _____		
Date de naissance _ _ _ _ _ _ _ _	Ou Age _ _ ans	Sexe Masculin Féminin

Code anonymisation |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

Clinique	Date des premiers symptômes			_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Température <u>axillaire corrigée</u> (+0,5°C) ou rectale brute	_ _ _ , _ _ °C					
Céphalées	Non	Oui		Myalgies	Non	Oui
Prostration	Non	Oui		Injection conjonctivale	Non	Oui Inconnu
Syndrome méningé	Non	Oui	Inconnu	Anurie/Oligurie	Non	Oui Inconnu
Protéinurie	Non	Oui	Inconnu	Ictère	Non	Oui Inconnu
Hémorragies	Non	Oui	Inconnu	Arythmie cardiaque	Non	Oui Inconnu
Insuffisance cardiaque	Non	Oui	Inconnu	Eruption cutanée	Non	Oui Inconnu
Hémoptysie	Non	Oui	Inconnu	Autres	Non	Oui Inconnu
<i>préciser 1)</i> _____ <i>2)</i> _____ <i>3)</i> _____						

Traitement antibiotique après le début de la maladie		Non	Oui	Inconnu
Si oui, nom du produit _____	Date de début du traitement			

<u>Cas semblables dans l'entourage</u>	Non	Oui	Inconnu	Si oui coordonnées ?
---	-----	-----	---------	----------------------

Activités professionnelles Activité 1 _____ Activité 2 _____

<u>Contacts avec de l'eau douce</u>				<u>Occasions de contact avec de l'eau douce</u>			
Caniveaux, égouts, fossés	Non	Oui	Inconnu	Toilette	Non	Oui	Inconnu
Rivière, ruisseau, canal	Non	Oui	Inconnu	Baignade	Non	Oui	Inconnu
Mare, étang, lac	Non	Oui	Inconnu	Pêche	Non	Oui	Inconnu
Marais	Non	Oui	Inconnu	Chasse	Non	Oui	Inconnu
Zone irriguée	Non	Oui	Inconnu	Activités agricoles	Non	Oui	Inconnu
Puits	Non	Oui	Inconnu	Activités de construction	Non	Oui	Inconnu
Citerne, réservoir	Non	Oui	Inconnu	Activités militaires	Non	Oui	Inconnu
Autres	Non	Oui	Inconnu	Autres activités	Non	Oui	Inconnu
<i>préciser</i> _____				<i>préciser</i> _____			

Contact avec des animaux dans les 3 semaines avant le début des signes								
Chiens/chats	Non	Oui	Inconnu		Moutons/chèvres	Non	Oui	Inconnu
Porcs	Non	Oui	Inconnu		Bovins	Non	Oui	Inconnu
Chevaux	Non	Oui	Inconnu		Rats	Non	Oui	Inconnu
Autres rongeurs	Non	Oui	Inconnu	<i>préciser</i> _____				
Autres mammifères	Non	Oui	Inconnu	<i>préciser</i> _____				

Lieu de contamination suspecté (7 à 15 jours avant le début des symptômes) : _____

Échantillons

Prélevés le					Nature	Sang	Urine
Transmis à l'IPNC le							

Évolution de la maladie	Guérison	Guérison avec séquelles/Lesquelles	Décès	Inconnu
-------------------------	----------	------------------------------------	-------	---------

Fiche renseignée par _____ **coordonnées tel/E-mail :** _____