

Nom de l'établissement de soins : _____		Nom et Prénom de l'agent responsable des soins : _____	
Nom et Prénom du patient : _____		N° : _____	Date de naissance (jj/mm/aaaa) : __ / __ / ____ Age (en années) : ____
Pays : _____		District : _____	Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
Province/Région/Département : _____		Village/Ville : _____	N° tél. : _____ Profession : _____
Repère : _____		_____	Nom contact : _____ N° tél. contact : _____
ANAMNESE	Mode de détection : ☐ Dépistage actif ☐ Passif ☐ Enquête à l'école ☐ Référé ☐ Autre: _____		
	Classification : ☐ Nouveau ☐ Récurrent/Rechute		
Durée de la maladie avant la consultation (en semaines) : _____		Traitement antérieur pour cette (ces) lésion(s) ☐ Oui, Précisez : _____ ☐ Non Durée (en jours) : _____	REFERE PAR : ☐ Auto-référent ☐ Ancien patient ☐ Agent de santé ☐ Enseignant ☐ Relais communautaire ☐ Autre : _____ ☐ Tradipraticien ☐ Membre de famille
Recours à la médecine traditionnelle : ☐ Oui ☐ Non			
Membre de la famille ou proche avec lésion(s) similaire(s) : ☐ Oui ☐ Non Lien : _____ Diagnostic : _____		Traitement reçu pour épisode précédent (si cas récurrent) ☐ Oui, Précisez : _____ ☐ Non Durée (en jours) : _____	
DIAGNOSTIC CLINIQUE INITIAL¹ Date de l'examen clinique (jj/mm/aaaa) : __ / __ / ____		Poids (kg) : _____	Grossesse : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Statut VIH : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Statut TB : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconnu
LIMITATION	Limitation de mouvement ☐ Oui ☐ Non Limitation des activités quotidiennes ☐ Oui ☐ Non		
FORMES CLINIQUES	☐ Nodule (N) ☐ Papule (P) ☐ Plaque (Q) ☐ Ulcère (U) ☐ Œdème (E) ☐ Ostéomyélite (O)		
LOCALISATION DE(S) LA LÉSION(S)	☐ Abdomen (AB) ☐ Dos (DO) ☐ Fesses et périnée (FE) ☐ Membre inférieur (MI) ☐ Membre supérieur (MS) ☐ Œil* ☐ Organes génitaux* ☐ Seins* ☐ Tête et cou (TC) ☐ Thorax (TH) ☐ Zone inguinale		
CATÉGORIE DE(S) LA LÉSION(S)	☐ Catégorie I : lésion unique, ≤ 5 cm de diamètre ☐ Catégorie II : lésion unique, 5–15 cm de diamètre ☐ Catégorie III : lésion unique, > 15 cm de diamètre, lésions multiples, lésions aux localisations délicates et ostéomyélite		

* Sites délicats pour l'ulcère de Buruli

¹ Toute autre comorbidité devrait être mentionnée à la page 6.

	Score clinique		
Critères patient/lésion	Classification	Encercler le score	Commentaires
1. Âge du patient (années)	☐ < 15	3	
	☐ 15–49	2	
	☐ ≥ 50	1	
2. Origine du patient (lieu de résidence)	☐ Zone d'endémie connue	3	
	☐ Zone à risque	2	
	☐ Zone où l'UB n'est pas endémique	1	
3. Caractéristiques de la lésion	☐ Ulcère typique avec bords décollés ou nodule, œdème et plaque typiques	2	
	☐ Ulcère sans bords décollés	1	
4. Nombre de lésions	☐ Unique	2	
	☐ Multiple	1	
5. Évolution de la lésion	☐ Lente (> 4 semaines)	2	
	☐ Rapide (< 4 semaines)	1	
6. Localisation de la lésion ²	☐ Au-dessus du genou	3	
	☐ Entre le genou et la cheville	2	
	☐ Cheville et pied	1	
7. Ancienneté de la lésion	☐ < 3 mois	3	
	☐ 3–6 mois	2	
	☐ > 6 mois	1	
8. Douleur	☐ Non	2	
	☐ Oui	1	
9. Fièvre	☐ Non	2	
	☐ Oui	1	
10. Gonflement des ganglions lymphatiques	☐ Non	2	
	☐ Oui	1	
Total	Score final - Addition des scores pour chacune des 10 variables impliquées dans le calcul du score clinique (en violet). Le score final doit être compris entre 10 et 24.		

CONCLUSION

1. ☐ Très probablement UB (24–21)	2. ☐ Probablement UB (20–17)	3. ☐ UB peu probable (16–14)	4. ☐ UB improbable (13–10)
---	--	--	--

² En cas de lésions multiples, veuillez sélectionner la réponse qui donne le score le plus élevé (par exemple, s'il y a une lésion sur le bras et une autre sur le pied, choisissez le bras et cochez « au-dessus du genou »).

CONFIRMATION BIOLOGIQUE								
Prélèvement(s) fait(s) : ☐ Oui ☐ Non		Date du (des) <u>1er(s)</u> prélèvement(s) : (jj/mm/aaaa) : __/__/____			Type(s) de prélèvement(s) : ☐ Ecouvillon ☐ Aspiration à l'aiguille fine (AAF) ☐ Biopsie			
	Type de test	Date initiale	Résultat initial			Date de répétition	Résultat de la répétition	
	☐ PCR*	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non concluant	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif ☐ Non concluant
	☐ Mycolactone*	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non concluant	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif ☐ Non concluant
	☐ Ziehl–Neelsen	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non concluant	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif ☐ Non concluant
	☐ Culture	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non concluant	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif ☐ Non concluant
	☐ Histopathologie	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non concluant	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif ☐ Non concluant
AUTRE(S) TEST(S) EN LABORATOIRE								
	Type de test	Date initiale	Résultat initial			Date de répétition	Résultat de la répétition	
	☐ Test VIH	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non concluant	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif ☐ Non concluant
	☐ Test de grossesse	__/__/____	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non concluant	☐ Non applicable		
	☐ Autre(s) test(s)	__/__/____	Spécifiez le(s) type(s) de test et le(s) résultat(s) :					

* Tests recommandés par l'OMS pour confirmer les cas d'ulcère de Buruli en routine dans le cadre des activités du programme de lutte

TRAITEMENT	Date de début de traitement : __/__/____ Patient hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non Date d'hospitalisation (si applicable) : __/__/____		
PLAN DE TRAITEMENT (Choix multiple)	☐ Gestion de plaie ☐ Antibiotiques ☐ Prévention des incapacités ☐ Chirurgie (date: __/__/____) ☐ Rééducation		
TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE (ATB) (Posologie)	☐ Rifampicine : ____ (mg) __ comp.	☐ Clarithromycine : ____ (mg) __ comp.	☐ Autre (préciser) : _____ ; ____ (mg)

GUIDE DE DOSAGE

	Rifampicine				Clarithromycine			
	Poids (kg)	Dose maximale (mg) par jour	Nombre de comprimés à administrer par jour			Poids (kg)	Dose maximale (mg) par jour	Nombre de comprimés à administrer par jour
Enfants (150 mg) Rifampicine	5 to 10	75	0.5 x 150 mg	Enfants (250 mg) Clarithromycine		5 to 10	125	(0.25 x 250 mg) x 2 par jour
	11 to 20	150	1.0 x 150 mg			11 to 20	250	(0.5 x 250 mg) x 2 par jour
	21 to 39	300	2.0 x 150 mg ou 1.0 x 300 mg			21 to 39	500	(1.0 x 250 mg) x 2 par jour
Adultes (300 mg) Rifampicine	40 to 50	450	(1 .0 x 300 mg + 1.0 x 150 mg) ou 3 x 150 mg	Adultes (500 mg) Clarithromycine		40 to 50	750	(1.0 x 250mg + 0.5 x 250 mg) x 2 par jour
	> 50	600	2.0 x 300 mg			> 50	1000	(1.0 x 500mg) x 2 par jours
	Dose = 10 mg/kg une fois par jour				Dose = 7.5 mg/kg deux fois par jour			

** La rifampicine en sirop peut être utilisée

TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE (DOT)									Cocher chaque jour d'une croix (X) après administration des antibiotiques ; si les AB n'ont pas été administrés, remplir la case avec le symbole Ø																												
Jour Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total des doses					

FIN DU TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE	Date de l'évaluation du traitement antibiotique (jj/mm/aaaa) : __/__/____		
Effet(s) indésirable(s) sévère(s) (RIF)	☐ Oui Précisez : _____ ☐ Non		
Effet(s) indésirable(s) sévère(s) (CLR)	☐ Oui Précisez : _____ ☐ Non		
Traitement antibiotique terminé	☐ Oui ☐ Non, abandon ☐ Non, raison médicale	Si non, nombre de jour(s) où les antibiotiques ont été pris: [____]	
Réaction paradoxale en cours de traitement	☐ Oui Précisez : _____ Date: (jj/mm/aaaa) : __/__/____		☐ Non

Traitement antibiotique terminé : prise des 56 doses de rifampicine et clarithromycine.

- Si un(e) patient(e) ne prend pas son traitement pendant plus de 14 jours sur les 56 jours (> 25%), le traitement complet doit être recommencé.
- Si un(e) patient(e) ne prend pas son traitement pendant 14 jours, ou moins, sur les 56 jours (≤ 25%), il/elle doit simplement poursuivre son traitement pour atteindre les 56 doses

Effets indésirables sévères – Rifampicine : • éruption cutanée, jaunisse, état de choc, purpura, insuffisance rénale aiguë : cesser le traitement • anorexie, nausée, douleurs abdominales : administrer les médicaments au cours des repas et poursuivez le traitement	Effets indésirables sévères – Clarithromycine : • jaunisse (cesser le traitement), nausée et altération du goût (poursuivre le traitement)
---	---

RESULTAT DU TRAITEMENT	Date de l'évaluation du traitement (jj/mm/aaaa) : __/__/____	
Résultat du traitement	☐ Cicatrisé (e)/guéri(e) ☐ Transféré(e) ☐ Décédé(e) ☐ Perdu(e) de vue	
Si cicatrisé/guéri(e), précisez	Date de sortie (jj/mm/aaaa) : __/__/__ Date de cicatrisation complète (jj/mm/aaaa) : __/__/____	
	Guéri(e) avec chirurgie : ☐ Oui ☐ Non Guéri(e) avec limitation de mouvements : ☐ Oui ☐ Non Si oui, référé(e) pour rééducation ? ☐ Oui ☐ Non Limitation des activités quotidiennes ☐ Oui ☐ Non	

SUIVI DU PATIENT PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE ³	
DATE (jj/mm/aaaa)	OBSERVATIONS
--/--/----	
--/--/----	
--/--/----	
--/--/----	
--/--/----	
--/--/----	
--/--/----	
--/--/----	

³ Veuillez mentionner toute réaction paradoxale se manifestant après l’achèvement du traitement antibiotique.