**GROUPE INTERNATIONAL DE COORDINATION (ICG) POUR L'APPROVISIONNEMENT DE VACCINS**

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU STOCK D’URGENCE DE CEFTRIAXONE
POUR LES ÉPIDÉMIES DE MÉNINGITE**

**Ce formulaire doit être envoyé à ICGsecretariat@who.int**

***Le Groupe International de Coordination (ICG) pour l’approvisionnement en vaccin anti-méningococcique est un partenariat entre la FICR, MSF, l’OMS et l'UNICEF. La mission de l'ICG est d'assurer un accès rapide et équitable aux vaccins, antibiotiques et matériels d'injection, pour répondre aux épidémies de méningite.***

***Veuillez remplir ce formulaire de demande uniquement dans les cas où une demande de vaccin anti-méningococcique n'est pas soumise simultanément. Si une demande de vaccin est soumise simultanément, veuillez utiliser le formulaire de demande de vaccin pour établir la requête d'antibiotiques (Section III).***

**Informations générales**

**Date de la requête**: Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Pays**: Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Région**: Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Zones affectées (districts/sous-districts)**: Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Agence demandeuse/institution**: Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Contact à l’agence demandeuse/institution (nom, téléphone, email)**: Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

|  |  |
| --- | --- |
| **Réception dans le pays** |  |
| **Organisation**  |  |
| **Nom du contact**  |  |
| **Téléphone** |  |
| **Fax**  |  |
| **Email** |  |
| **Adresse** |  |
| **P.O. Box** |  |
| **Ville** |  |
| **Pays** |  |

**Informations épidémiologiques**

**Définitions de cas de méningites**

*Veuillez fournir les définitions de cas de méningites utilisées pour la collecte de données.*

Cas suspect : Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Cas probable : Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Cas confirmé : Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Seuil épidémique**

*Veuillez décrire où (district ou sous-district) et quand (semaine Epi) l'épidémie a été déclarée (franchissement du seuil épidémique ou augmentation du nombre de cas observés par rapport au nombre de cas attendus dans une certaine localité sur une période limitée).*

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Épidémiologie descriptive**

*Veuillez joindre les informations épidémiologiques pertinentes par lieu et semaine ou remplir l’****Annexe 1*** *(Epid Info Lieu-Semaine) (disponible* [*ici*](https://www.who.int/groups/icg/meningitis/stockpiles)*).*

*Veuillez indiquer ci-dessous le nombre total de cas confirmés, probables et suspects par district.*

 À partir du (date JJ/MM/AA) : Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Cas confirmés : Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Cas probables : Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

Cas suspects : Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

*En l’absence de cas confirmés ou probables, veuillez indiquer si 5 cas suspects ou plus ont été signalés au cours d’une semaine, où le rapport glycorachie/glycémie est de <0,4 (ou la concentration de glucose du liquide céphalo-rachidien est ≤40 mg/dL)* ***et*** *la concentration de protéines du liquide céphalo-rachidien est de >200 mg/dL. Veuillez fournir des preuves de résultats sanguins et de liquide céphalo-rachidien pertinents pour chacun des cas suspects présentant ces caractéristiques.*

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Facteurs de risque**

*Veuillez décrire en détail la présence de facteurs de risque pour des flambées de méningite à méningocoques ou à pneumocoques. Les informations pertinentes peuvent inclure les éléments suivants:*

*- Taux de létalité.*

*- Couverture vaccinale (vaccination de routine et campagnes de rattrapage).*

*- Flambées passées de méningite (y compris leur ampleur et les districts affectés).*

*- Accès aux laboratoires ou aux services de santé.*

*- Présence de zones surpeuplées, y compris les zones de réfugiés/déplacés internes, les institutions confinées, les rassemblements de masse et les zones minières.*

*- Présence de zones connaissant des mouvements de population significatifs (p. ex., marchés à fort trafic, zones frontalières)*

*Veuillez fournir des informations détaillées pour chaque facteur de risque correspondant à votre contexte.*

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Demande de ceftriaxone**

* Nombre de flacons de ceftriaxone (1 g) disponibles dans les stocks nationaux: Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
* Nombre de flacons de ceftriaxone (1 g) nécessaires pour l’épidémie actuelle (guide de calcul disponible [ici](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/154595/WHO_HSE_GAR_ERI_2010.4_Rev1_eng.pdf?sequence=1), page 24): Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.
* Nombre de flacons de ceftriaxone (1 g) requis: Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Informations opérationnelles**

*Veuillez cocher toutes les réponses applicables.*

[ ]  Le traitement est donné gratuitement.

[ ]  Les stocks nationaux de ceftriaxone sont prépositionnés de manière routinière dans les zones à haut risque.

[ ]  Cette demande a été approuvée ou soumise par l’organisme national de santé publique responsable de la réponse à l’épidémie de méningite.

*Veuillez utiliser la section suivante pour fournir des informations complémentaires, le cas échéant (p. ex., si la ceftriaxone n'est pas fournie gratuitement, veuillez fournir des commentaires supplémentaires; si les stocks de ceftriaxone ne sont pas systématiquement prépositionnés dans les zones à haut risque, veuillez indiquer la raison d'une éventuelle rupture de stock).*

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

*Veuillez décrire tout programme de surveillance de la résistance aux antimicrobiens en cours à l’échelle nationale et/ou internationale, en particulier pour les agents pathogènes de la méningite bactérienne.*

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Demande de soutien pour la confirmation en laboratoire**

*Les Laboratoires de Référence Régionaux et les Centres Collaborateurs de l'OMS peuvent apporter leur aide pour soutenir les efforts de confirmation en laboratoire des pays. Veuillez préciser les besoins spécifiques identifiés dans cette section (le cas échéant).*

Cliquez ou appuyez ici pour saisir du texte.

**Rapports d’activité**

*Si la demande de ceftriaxone est approuvée par l’ICG, un* ***rapport intermédiaire*** *dans le mois suivant l'approbation de la demande et un* ***rapport final*** *à la fin de l'épidémie doivent être soumis au Secrétariat de l’ICG.*

*Les rapports intérimaire et final doivent contenir au minimum les informations suivantes.*

1. Nombre total de cas (suspects, probables, confirmés) et décès.
2. Nombre totale de flacons de ceftriaxone utilisées pour la riposte à l'épidémie.
3. Résultats de confirmation en laboratoire obtenus depuis le début de l’épidémie.
4. Planification et mise en œuvre de mesures visant à prévenir l’utilisation inappropriée d’antibiotiques et à surveiller la résistance aux antimicrobiens.

*Le rapport final doit également contenir les informations suivantes.*

1. Aperçu de la réponse à l’épidémie, y compris les leçons apprises et les prochaines étapes suggérées pour améliorer les plans nationaux de contrôle.
2. Plan de réapprovisionnement et revue des stocks de préparation pour la saison prochaine.
3. Nombre de flacons restants de ceftriaxone de la demande et plans concernant leur lieu de stockage, ou si nécessaire, leur destruction.