

20 أكتوبر 2025

منشور عدد 37 / 2025

الموضوع: تعزيز خطة اليقظة و الوقاية من إنتشار فيروس حمى غرب النيل

المراجع: بطاقة التبليغ الخاصة بهذا المرض و التقسيم الجغرافي للمخابر (قائمة ورموز الولايات التي يغطيها كل مخبر

مرجعي و مركز التحاليل) و موقع واب المرصد الوطني للأمراض الجديدة و المستجدة : <http://www.onmne.tn>

يعتبر مرض حمى غرب النيل مستوطنا في بلادنا منذ سنة 1997 مع تسجيل العديد من المواسم الوبائية والتوسع الجغرافي للحالات. ينتقل الفيروس نتيجة التفاعل بين النواقل (البعوض) والخزان (الطيور) وينتشر حسب العوامل البيئية والتغيرات المناخية وتكون فترة الذروة في المدة المتراوحة بين شهر جوان وشهر نوفمبر.

في إطار أنشطة "الصحة الواحدة"، يقوم المرصد الوطني للأمراض الجديدة والمستجدة بالتعاون مع إدارة الرعاية الصحية الأساسية و إدارة حفظ صحة الوسط و حماية المحيط و مخابر التحاليل الفيروسية و الإدارة العامة للمصالح البيطرية و مركز اليقظة الحيوانية و معهد البحوث البيطرية تونس، بمراقبة مشتركة لعدوى فيروس غرب النيل (WNV) و تقييم الوضع الوبائي في تونس و تفعيل خطة اليقظة والوقاية للحد من انتشار هذا المرض، التي تعتمد على أربعة ركائز: تعزيز مراقبة حالات التهاب السحايا الفيروسي وحالات الالتهابات الدماغية لدى الإنسان، مراقبة الحالات لدى الحيوان (الخيول و الطيور)، مسح لمخافر البعوض وتعزيز المراقبة المناخية.

السادة المديرين الجهويين للصحة مدعوون ل:

– تذكير الأطباء المباشرين للمرضى بضرورة التبليغ بصفة فورية و منتظمة ومتواصلة عن جميع حالات التهاب السحايا و التهاب الدماغ من النوع الفيروسي للمرصد الوطني للأمراض الجديدة والمستجدة عبر الفاكس (71894533) أو البريد الإلكتروني (onmne@rns.tn) و عبر منصة Epissurveille-WN حسب منظومة اليقظة والبروتوكولات الخاصة بهذا المرض وإجراء التحاليل الضرورية لتشخيص مرض حمى غرب النيل بأخذ العينات اللازمة من دم وسائل نخاع الشوكي وبول المريض من كل حالة التهاب السحايا الفيروسي أو التهاب دماغي، ثم إرسالها مباشرة إلى مخابر

التحليل الفيروسي بالجهة المعنية وفقا للتقسيم الجغرافي المحدد و المعتمد في إطار هاته المراقبة، مصحوبة ببطاقة التبليغ الخاصة بمرض حمى غرب النيل. ثم يقوم المخبر بإرسال نتائج التحاليل إلى الطبيب المباشر والخلية الجهوية لليقظة الصحية بالإدارة الجهوية للصحة المعنية ونسخة إلى المرصد الوطني للأمراض الجديدة والمستجدة. وعند التأكد من الحالة من قبل المخبر، يجب إبلاغ الطبيب المباشر فورا وإعلام كل من الخلية الجهوية لليقظة الصحية بالإدارة الجهوية للصحة المعنية والمرصد الوطني للأمراض الجديدة والمستجدة.

- تذكير الخلية الجهوية لليقظة الصحية بضرورة القيام بتقصي حول الحالات المؤكدة و المحتملة إثر الإبلاغ عنها وتفعيل اللجان الجهوية لمقاومة البعوض من قبل البلديات مع إعطاء الأولوية للأماكن التي ظهرت بها حالات مؤكدة.
- تذكير رؤساء أقسام المخبر بمجانية التحاليل في إطار خطة عمل نظام الإنذار المبكر لحمى فيروس غرب النيل.
- دعوة المصالح الجهوية لحفظ صحة الوسط وحماية المحيط بإجراء مسح لمخاطر البعوض الناقل وتفعيل الخطة الشاملة لمقاومة البعوض بالتنسيق مع المصالح الجهوية لوزارة الداخلية والشؤون المحلية والبيئة والتجهيز والإسكان والفلاحة والموارد المائية والصيد البحري.
- دعوة المصالح الجهوية للصحة للقيام بحملة تحسيسية حول المرض وأعراضه وأسبابه وطرق الوقاية منه وطرق الحماية من البعوض مع استعمال الدعائم المتوفرة لذلك.
- دعوة المصالح الجهوية لوزارة الداخلية لتفعيل اللجان الجهوية لمقاومة البعوض والحرص على تكثيف هذه العمليات خاصة عند تسجيل كميات هامة من الأمطار التي قد تتسبب في تراكم المياه والتي يمكن أن تمثل أوكارا لتكاثر البعوض عملا بنظام الإنذار المبكر لفيروس حمى غرب النيل.

ونظرا للأهمية القصوى، وحرصا منا على ضمان نجاعة الإجراءات وحماية بلادنا ومواطنينا، فإننا ندعو الجميع إلى ضرورة التأهب وإعداد برنامج منسق لتنظيم أنشطة الوقاية والمقاومة وتدريب المتدخلين مع التأكد على أهمية التنسيق وتكامل الأدوار في صورة وجوب التدخل.

وزير الصحة

مصطفى الفلحاني
وزير الصحة



المرسل إليهم السيدات و السادة:

أعضاء الديوان

للإعلام

المديرين العاميين للإدارات المركزية

المديرة العامة للمرصد الوطني للأمراض الجديدة و المستجدة

مدير إدارة الرعاية الصحية الأساسية

مدير إدارة حفظ صحة الوسط وحماية المحيط

المديرة العامة لمعهد باستور بتونس

مديرة وحدة مخابر البيولوجيا الطبية

المديرين الجهويين للصحة

المديرين العاميين للمؤسسات الصحية العمومية

مديري مستشفيات الجهوية والمحلية ومجامع الصحة الأساسية

رؤساء الأقسام الاستشفائية العمومية

مديري المصحات الخاصة

المجلس الوطني لعمادة الأطباء

المجلس الوطني لعمادة الصيادلة

للإعلام والتوزيع الشامل والتنفيذ

Fiche de signalement d'un cas suspect d'infection à VIRUS WEST NILE
A envoyer au service régional et à faxer à l'ONMNE au (71894512)
A envoyer avec les prélèvements au Laboratoire de virologie

Coordonnées du médecin déclarant (Tampon)

Nom Prénom _____ Tél _____ Fax/email _____
Hôpital _____ Service _____

Caractéristiques du patient

Nom Prénom _____ Date de naissance _____ Sexe ☐ M ☐ F
Adresse et code postal du domicile du patient _____
Code d'anonymat _____ Tél _____

Code d'anonymat _____

Nature du 1^{er} prélèvement ☐ LCR ☐ Sérum ☐ Sang Total ☐ Urine	Date de notification D D M M Y Y Y Y Date du 1^{er} prélèvement D D M M Y Y Y Y	Date de début des signes D D M M Y Y Y Y Nature du 2^{ème} prélèvement ☐ LCR ☐ Sérum ☐ Sang Total ☐ Urine	Date d'hospitalisation D D M M Y Y Y Y Date du 2^{ème} prélèvement D D M M Y Y Y Y
--	---	--	--

Informations cliniques dans les 15 jours précédant l'hospitalisation

Fièvre	☐ oui ☐ non	Syndrome méningé	☐ oui ☐ non
Céphalées	☐ oui ☐ non	Altération de la conscience	☐ oui ☐ non
Arthralgies	☐ oui ☐ non	Coma	☐ oui ☐ non
Myalgies	☐ oui ☐ non	Convulsions	☐ oui ☐ non
Paralysie Musculaire	☐ oui ☐ non	Atteinte des nerfs crâniens	☐ oui ☐ non
Eruption cutanée	☐ oui ☐ non	Troubles visuels	☐ oui ☐ non
Autres signes cliniques	☐ oui ☐ non	Autres signes neurologiques	☐ oui ☐ non

Si oui préciser _____

Si oui préciser _____

Diagnostic ayant motivé la ponction lombaire

Méningite ☐ oui ☐ non
Encéphalite ☐ oui ☐ non

Polyradiculonévrite ☐ oui ☐ non

Autres, précisez _____

Evolution

Sortie ☐ oui ☐ non
☐ Guérison ☐ En cours ☐ Décédé

Si oui, Date de sortie de l'hôpital _____
D D M M Y Y Y Y

Si décès préciser date _____
D D M M Y Y Y Y

Séquelles ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas Si oui préciser _____

Partie réservée au laboratoire

Laboratoire de -----

Identification du patient	
Nom Prénom _____ _____	Date de naissance
Code d'anonymat	

Date de prélèvement :

Prescription d'un examen de confirmation d'infection à virus WEST NILE:

- ☐ Oui
- ☐ Non

Date 1 ^{er} prélèvement	Date réception	Date résultat	Résultat	
<u>Sang Total</u> 			<u>Sérologie</u> IgM WN ☐ Oui ☐ Non IgG WN ☐ Oui ☐ Non Autres ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser	<u>Pcr</u> Positif ☐ Négatif ☐
<u>Sérum</u> 			IgM WN ☐ Oui ☐ Non IgG WN ☐ Oui ☐ Non Autres ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser	Positif ☐ Négatif ☐
<u>LCR</u> 			IgM WN ☐ Oui ☐ Non IgG WN ☐ Oui ☐ Non Autres ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser	Positif ☐ Négatif ☐
<u>Urine</u> 			IgM WN ☐ Oui ☐ Non IgG WN ☐ Oui ☐ Non Autres ☐ Oui ☐ Non Si oui préciser	Positif ☐ Négatif ☐

2ème prélèvement

[illegible]

Questionnaire complémentaire pour le cas confirmé d'infections neuro-invasives à
VIRUS WEST NILE

Coordonnées du médecin déclarant (Tampon)

Nom Prénom

Tél Fax/email

Hôpital

Service

Identification du patient

Nom Prénom

Date de naissance

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Code d'anonymat

--	--	--	--	--	--	--	--

Identification du ménage

Gouvernorat

--	--

Délégation

--	--	--

Imadat

--	--

Géo référencement

☐

1 oui 2 non

Si oui préciser Date

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

GPS référence

--	--

Nom du Fichier GPS exporté

Informations épidémiologiques

Le malade a-t-il séjourné pendant les 2 semaines précédant le début de la symptomatologie dans un autre gouvernorat que celui de son lieu de résidence principale ?

☐

oui

☐

non

☐

ne sait pas

Si oui préciser ;

Gouvernorat

--	--

Délégation

--	--	--

Imadat

--	--

Date de retour

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Durée de séjour

--	--

 années

--	--

 mois

--	--

 jours

Le malade a-t-il voyagé hors de la Tunisie pendant les 3 semaines précédant le début de la symptomatologie?

☐

oui

☐

non

☐

ne sait pas

Séjour en zone tropicale

☐

oui

☐

non

☐

ne sait pas

Si oui préciser ;

Pays

.....

Date de retour

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Durée de séjour

--	--

 années

--	--

 mois

--	--

 jours

Autres cas dans l'entourage

☐

oui

☐

non

☐

ne sait pas

Si oui, combien de cas

--	--	--

Liste et code des gouvernorats drainés par chaque laboratoire référent

Grande région	Laboratoire référent	Gouvernorat	Code Gouvernorat
Nord	Laboratoire de virologie clinique de l'IPT	Tunis	1
		Ariana	2
		Ben Arous	3
		Mannouba	4
		Nabeul	5
		Zaghouan	6
		Bizerte	7
		Béja	8
		Jendouba	9
		Le Kef	10
		Siliana	11
Centre	Laboratoire de microbiologie immunologie de l'hôpital Farhat Hachède Sousse	Sousse	12
		Kairouan	13
	Laboratoire de microbiologie de l'hôpital Sahloul Sousse	Hôpital Sahloul	14
		Kasserine	
	Laboratoire de microbiologie de l'hôpital Fattouma Bourguiba Monastir	Monastir	15
		Mahdia	16
Sud	Laboratoire de microbiologie de l'hôpital Hédi Chaker Sfax	Sfax	17
		Sidi Bouzid	18
		Gafsa	19
		Gabès	20
		Tozeur	21
		Kébili	22
		Médenine	23
		Tataouine	24
Hôpital Militaire de Tunis	Laboratoire de microbiologie de l'hôpital Militaire de Tunis	Secteur Militaire	25