

<b>Infection respiratoire d'origine inconnue</b>			
<b>Fiche d'investigation de cas</b>			
Fiche remplie le : _____			
Numéro de dossier :		Date d'apparition des symptômes :	
INFORMATIONS SUR LE PATIENT			
Nom :		Prénom(s) :	
Date de naissance :	Âge : Années	Mois	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	S'il s'agit d'une femme : <input type="checkbox"/> Enceinte : _____ trimestre	
Adresse :			
Numéro(s) de téléphone :			
Personne qui remplit le formulaire si AUTRE QUE le patient			
<input type="checkbox"/> Proche Préciser la relation avec le patient _____			
<input type="checkbox"/> Connaissance			
<input type="checkbox"/> Autres			
MALADIE DU PATIENT			
Date d'apparition des symptômes : _____/_____/_____ (jj/mm/aaaa) :		Date d'hospitalisation : _____/_____/_____ (jj/mm/aaaa)	
Symptômes (au cours des 10 derniers jours)			
<input type="checkbox"/> Fièvre (____°C) si connue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Frissons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Écoulement nasal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Éruption cutanée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Essoufflement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Infection oculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres _____	
Complications présentes lors de la première présentation			
	Oui	Non	Date de première reconnaissance (jj/mm/aaaa)
Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SDRA (syndrome de détresse respiratoire aiguë)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuffisance rénale aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coagulation intravasculaire disséminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres			
Le patient est-il en contact rapproché avec un malade confirmé (si connu)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Le patient a-t-il été admis à l'USI ? <input type="checkbox"/> Aucune USI au sein de l'hôpital			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Le patient a-t-il eu besoin d'une ventilation mécanique pendant son hospitalisation ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Bilan du patient : Si décédé, échantillons prélevés :			<input type="checkbox"/> Congédié en vie <input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
TRANSMISSION DE L'INFORMATION			
Nom du médecin rapporteur : _____		Numéro(s) de téléphone :	
Nom de la personne qui remplit la fiche		Signature :	

: _____				
<b>VACCINS ET ANTIVIRAUX</b>				
Exposition à des médicaments antiviraux contre la grippe au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Oui, patient <input type="checkbox"/> Oui, contact familial <input type="checkbox"/> Inconnu			
Si oui, nom du médicament antiviral :				
Vaccin contre la grippe pendant la saison en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date inconnue :			
<b>PROFESSION</b>				
<input type="checkbox"/> Travailleur de la santé	Si oui, précisez l'établissement de santé :			
<input type="checkbox"/> Employé de laboratoire	Si oui, précisez le laboratoire :			
<input type="checkbox"/> Agent vétérinaire	Si oui, précisez le(s) contact(s) avec les animaux : *			
<input type="checkbox"/> Travailleur dans le secteur de la faune	Si oui, précisez le(s) contact(s) avec la faune : *			
<input type="checkbox"/> Fermier (animaux)	Si oui, précisez le type d'animaux :*			
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____				
* Précisez les types de contact au cours des <b>10 jours précédant l'apparition des symptômes</b>				
<b>ANTÉCÉDENTS D'EXPOSITION</b>				
<b>HUMAINE</b>				
<b>Au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes, le patient :</b>				
A-t-il eu un contact rapproché (moins d'un mètre) avec une personne (conversation, soins, toucher) qui avait de la fièvre et une toux ou une affection respiratoire ou qui est mort d'une affection respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu			
Si oui, le patient a-t-il été en contact avec les liquides corporels de cette personne, notamment son urine, son sang, ses crachats ou ses selles ?	Décrire le contact			
Est-il resté sous le même toit qu'une personne décédée après la visite ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu			
A-t-il été hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu			
S'est-il rendu dans un établissement de soins ambulatoires ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu			
Si oui, préciser pourquoi, où et quand :				
A-t-il consulté un guérisseur traditionnel ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu			
<b>VOYAGES</b>				
Citer tous les lieux où le patient s'est rendu en dehors de son district/sa circonscription au cours des <b>10 derniers jours précédant</b> l'apparition des symptômes :				
Lieu ville/province/État/pays (niveau local, national et international)	Date de départ	Date de retour	But	Moyen de déplacement
Le patient a-t-il pris part à des festivals ou des rassemblements de masse au cours des <b>10 derniers jours précédant</b> l'apparition des symptômes				
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, préciser pourquoi, où et quand :				

**ANIMALE****Les questions suivantes s'appliquent à une exposition à des animaux au cours des 10 derniers jours précédant l'apparition des symptômes**

Le patient s'est-il rendu à une exposition agricole, une ferme, un zoo ou tout autre lieu où sont gardés des animaux vivants, à l'exception des ménages, au cours des **10 derniers jours précédant** l'apparition des symptômes ?

Oui  Non  Inconnu      Si oui, préciser le lieu et la date et décrire le contact direct que le patient aurait pu avoir avec ces animaux :

Le patient a-t-il eu un contact rapproché avec des animaux domestiques (notamment les animaux de compagnie), agricoles ou sauvages dans son domicile, village, quartier ou lieu de travail ?

Oui  Non  Inconnu      Si oui, préciser le type d'animal, le type de contact et le lieu

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	chiens	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	porcs
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	chats	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	poulets
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	rongeurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	oiseaux sauvages
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	chauves-souris	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	autres
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Chameaux		

L'un de ces animaux était-il malade ou mort, en particulier la volaille ou les porcs ?  Oui  Non  Inconnu

Si oui, préciser le type d'animal malade/mort, le type de contact et le lieu

Le patient était-il au courant de la présence de tout autre animal/excrément  Oui  Non  Inconnu

qui n'est généralement pas présent à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile du patient (par exemple, chauves-souris, rongeurs, chats/chiens errants, renards, reptiles, etc.) ?

Si oui, préciser le type d'animal :

Le patient a-t-il touché (abattu ou préparé en vue de consommer) des animaux (notamment de la volaille, des oiseaux sauvages ou des porcs) ou leurs restes au cours des **10 derniers jours précédant** l'apparition des symptômes ?

Si oui, préciser le type d'animal, le lieu/l'origine de l'animal et le type de contact.  Oui  Non  Inconnu

Le patient s'est-il rendu dans un marché où l'on vend des animaux vivants au cours des **10 derniers jours précédant** l'apparition des symptômes ?  Oui  Non  Inconnu

**ALIMENTS****Le patient a-t-il consommé l'un des médicaments dérivés des aliments ou animaux suivants :**

Légumes ou fruits non préparés ou crus qui auraient pu être contaminés par les selles d'un animal ?  Oui  Non  Inconnu

Si oui, préciser le légume/fruit et son origine.

Viande crue (de tout animal), œufs ou produits sanguins crus ?  Oui  Non  Inconnu

Si oui, détailler en précisant le type d'animal et son origine.

Médicaments traditionnels ou remèdes maison ?  Oui  Non  Inconnu

Si oui, détailler en précisant s'il s'agit d'un produit animalier ou végétal et son origine.

**EXAMENS EN LABORATOIRE (remplir une fiche complète pour chaque type d'échantillon analysé)**

**Date de prélèvement des échantillons :**

**Type d'échantillon prélevé :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prélèvement nasal                      | <input type="checkbox"/> Aspiration endotrachéale |
| <input type="checkbox"/> Prélèvement de gorge/ oropharyngé (OP) | <input type="checkbox"/> Crachat                  |
| <input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé (PN)          |   |
| <input type="checkbox"/> Aspiration naso-pharyngée              | <input type="checkbox"/> Sang/sérum               |
| <input type="checkbox"/> Aspiration trachéale                   | <input type="checkbox"/> Urine                    |
| <input type="checkbox"/> Lavage bronchoalvéolaire               | <input type="checkbox"/> Selles                   |
| <input type="checkbox"/> Autres _____                           |   |

**ESSAIS EN LABORATOIRE**

**Dépistage de la grippe**

	Réaction en chaîne à la polymérase en temps réel (RT-PCR) Oui ou Non	Anticorps immunofluorescents directs ou indirects (AID ou AII)	Culture virale	Test rapide de l'antigène
<b>Grippe A</b>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé
<b>H1</b>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	
<b>H3</b>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	
<b>H5</b>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	
<b>H7</b>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	
<b>Grippe B</b>	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Non testé

**Dépistage non lié à la grippe**

Pathogène	Pos	Nég	Non testé	Pathogène	Pos	Nég	Non testé
Virus respiratoire syncytial (VRS)				<i>Chlamydia pneumoniae</i>			
Métapneumovirus humain				<i>Mycoplasma pneumoniae</i>			
Virus parainfluenza (1,2,3)				<i>Legionella pneumoniae</i>			
Adénovirus				<i>Streptococcus pneumoniae</i>			
Rhinovirus							
Entérovirus				Autres			
Coronavirus							
Coronavirus – SARS-CoV							
Coronavirus – MERS-CoV							

**Indiquer la méthode de diagnostic utilisée, notamment la Réaction en chaîne à la polymérase, les AID, les AII, la culture virale (type de cellule)**