

Grippe d'origine animale (zoonotique)
QUESTIONNAIRE CAS SUSPECT/ POSSIBLE/CONFIRME - FICHE 1

1. Signalement

Date du signalement : /_____/_____/_____ / Identifiant du cas /_____/_____/_____/_____ /

Nom de la personne effectuant le signalement :

Etablissement : Service :

Ville : Département :

Téléphone Email :

Nom et coordonnées de la personne ayant reçu le signalement :

Région :

Téléphone :

2. Identifiants du patient

Nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : ___/___/____ ou âge : |__|_| (années) ou en (mois) |__|_|

Adresse du domicile en France :

Commune : Code Postal : /_____/_____ /

Tel domicile : Tel portable : Profession :

3. Expositions dans les 10 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques**A - Séjour ou transit dans une zone considérée à risque * :** Oui Non NSP

*Zone à risque : pour la grippe aviaire, se référer à la définition de cas disponible sur le site de Santé publique France. Il n'existe pas de zone à risque définie pour la grippe porcine, l'influenza porcine A(H1N2)v clade 1C.2.4 circulant activement en France, ainsi que d'autres virus porcins, toute zone d'élevage porcine est à priori considérée comme une zone à risque.

Si oui, Précisez : Pays/Dépt	Date d'arrivée	Date de départ	Vol n° / Aéroport
.....	/___/___/____/	/___/___/____/
.....	/___/___/____/	/___/___/____/

Type de séjour /voyage : Résidence Tourisme Travail Escale Famille (visite) Autre

Précisez :

B - Contact étroit** avec un cas possible ou confirmé de grippe zoonotique, à partir de 48h avant et jusqu'à 10 jours après l'apparition de ses symptômes. Oui Non NSP

** Contact étroit, en face à face à moins d'1 mètre ou dans le cadre du soin en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact) (f. CAT SpF)

Si oui, précisez

Date de dernière exposition à ce cas possible ou confirmé : /___/___/____/ / Identifiant de ce cas |__|_|||__|_|_|

C - Exposition dans un laboratoire à des prélèvements ou matériels biologiques infectés par un virus A(H1N2) d'origine porcine, en l'absence de mesures de protection appropriées. Oui Non NSP

Date d'exposition : /___/___/____/

Circonstances de l'exposition (nature du prélèvement ou matériel biologique, etc.) :

.....

.....

.....

.....

5. Terrain et antécédents médicaux du cas (pathologie chronique / immunodépression)

Aucun antécédent	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Cardiopathie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Pathologie respiratoire chronique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Obésité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Pathologie rénale chronique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		
Grossesse en cours	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Autre immunodépression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :		

6. Caractéristiques cliniques du cas suspect

Date du début des signes cliniques : ___/___/___

Signes cliniques au moment du signalement (Cocher les cases correspondantes et préciser les dates d'apparition)

<input type="checkbox"/> Fièvre, précisez :°C	___/___/___	<input type="checkbox"/> Syndrome fébrile sans fièvre objectivée	___/___/___
<input type="checkbox"/> Frissons	___/___/___	<input type="checkbox"/> Toux	___/___/___
<input type="checkbox"/> Sueurs	___/___/___	<input type="checkbox"/> Dyspnée	___/___/___
<input type="checkbox"/> Asthénie / fatigue / malaise	___/___/___	<input type="checkbox"/> SDRA	___/___/___
<input type="checkbox"/> Myalgies / courbatures	___/___/___	<input type="checkbox"/> Diarrhée	___/___/___
<input type="checkbox"/> Céphalées	___/___/___	<input type="checkbox"/> Conjonctivite	___/___/___
<input type="checkbox"/> Autres signes cliniques Précisez :			
<input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire anormale			
<input type="checkbox"/> Tableau clinique sévère Précisez :			

Autres étiologies recherchées Oui non Si oui, précisez lesquelles et résultats :

Eléments biologiques éventuels :

.....

.....

Commentaires :

.....

.....

7. Critères et classement du cas

Critères

Tableau clinique compatible Oui Non

Zone à risque fréquentée Oui Non

Exposition à risque dans les 10 jours qui précèdent la date de début des signes (contact avec des animaux (oiseaux/ porcs,...) ou avec un cas confirmé) Oui Non

Classement

Date du classement : ___/___/___ Cas possible Cas exclu

Si classement en cas possible, continuer la suite du questionnaire**8. Identification des contacts**

Le cas possible a-t-il eu un (des) contact(s) étroit(s)* à partir de 48h avant et jusqu'à 10 jours après la date de début de ses signes ? Oui Non NSP

Si oui précisez le contexte du/des contacts :

.....

Téléphone :

Le cas possible a-t-il voyagé ? Accompanyé En groupe

Nom et coordonnées de l'agence de voyage :

* Contact étroit, en face à face à moins d'1 mètre ou lors d'un soin en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact, cf. avis HCSP du 22 juin 2018)

9. Orientation du patient et mesures de contrôle

Hospitalisation Oui Non NSP

Si hospitalisation,

Médecine /maladies infectieuses Réanimation/ service de déchochage

Nom et lieu de l'hôpital :

Nom, service et coordonnées du médecin référent :

Si pas d'hospitalisation, spécifiez :

Mesures de protection autour du cas Oui Non NSP

Si oui précisez :

Date de mise en place des mesures de protection : __/__/____

Prise d'antiviraux Oui Non NSP

Type d'antiviraux :Date de début du traitement par antiviraux : __/__/____

10. Suivi des prélèvements du cas possible

Nom du laboratoire du CNR réalisant les analyses :

Type de prélèvement :

Profond : crachat induit, LBA, etc.

Naso/ Rhinopharyngé

Date du prélèvement __/__/____

Date de réception au CNR __/__/____

Résultat Positif grippe zoonotique

Si positif pour grippe zoonotique:

Négatif

A(H5N1)

Indéterminé

A(H7N9)

A(H1N2)v

Autre virus :

Type de prélèvement

Profond : crachat induit, LBA, etc.

Naso/ Rhinopharyngé

Date du prélèvement __/__/____

Date de réception au CNR __/__/____

Résultat Positif grippe zoonotique

Si positif grippe zoonotique,

Négatif

A(H5N1)

Indéterminé

A(H7N9)

A(H1N2)v

Autre virus :

Résultats pour autres étiologies recherchées			
SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/> A(H3N2) <input type="checkbox"/> A(H1N1) _{pdm09} <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Rhinovirus	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Métapneumovirus	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Virus respiratoire syncytial (VRS)	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Virus para-influenza (PIV)	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Autres, précisez :			

10. Classement du cas possible

Date du classement : ___/___/_____ Cas confirmé **Si cas confirmé, passer à la section 11**
 Cas exclu Précisez le motif d'exclusion :

Commentaires :

11. Séjour ou transit dans une zone à risque ou contacts documentés avec des animaux dans les 10 jours précédant la date de début des signes cliniques

Nom et qualité de la personne répondant à la section 11 :

Tel :

Contacts directs et indirects avec des animaux

Type	Date	Oui	Non	NSP	Lieu	Circonstances (espèce animale, caressé, touché...)
Volaille	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oiseaux sauvages	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevage ou marché d'oiseaux vivants	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact avec mares ou eaux souillées	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact avec carcasse de volaille	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation de viande d'oiseau crue	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porcs ou sangliers	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement de porcs/sangliers (en élevage ou domestiques, abattoir)	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez (domestique, sauvage, élevage) :	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Evolution du cas confirmé			
Le cas confirmé est :			
transféré dans un autre établissement <input type="checkbox"/> Précisez			
transféré dans un autre service <input type="checkbox"/> Précisez.....			
Services d'hospitalisation	Réanimation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date entrée : __/__/____ Date sortie : __/__/____
	Médecine/Maladie Infectieuse et Tropicale/Pneumo	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date entrée : __/__/____ Date sortie : __/__/____
Traitements			
	ECMO	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
	Ventilation mécanique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
	Hémodialyse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
	Autre : Précisez.....		Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
	Autre : Précisez.....		Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
Evolution virologique et clinique éventuelle			
Date de suivi	Événements rapportés (modification clinique, virologique..) et commentaires (contacts, autres...)		
__/__/____			
__/__/____			
__/__/____			
__/__/____			
Evolution finale	__/__/____	<input type="checkbox"/> Guérison <input type="checkbox"/> Décès Cause du décès :.....	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Transfert (hôpital, soins de long séjour)