



**Pour toute personne-contact d'un cas confirmé ou pour toute personne exposée/ co-exposée**

**Souhaitez-vous participer à une éventuelle étude de séroprévalence?**

Oui  Non  NSP

**4. Apparition de signes cliniques évocateurs d'infection (depuis dernier contact avec le cas confirmé ou depuis retour de zone affectée du co-exposé du cas confirmé)**

**D0** = date du dernier contact non protégé avec le cas confirmé symptomatique pour un sujet contact ou date de retour d'une zone affectée (ou du dernier contact non protégé avec un élevage infecté) pour un co-exposé :      \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Le sujet a-t-il présenté un (ou plusieurs) des signes ou symptômes listés en infra du tableau ?**

Si oui, reportez les codes mentionnés en infra.

	D0	D+1	D+2	D+3	D+4	D+5	D+6	D+7	D+8	D+9	D+10	D+11	D+12	D+13	D+14
signes/ symptômes*															

\* Utiliser les codes suivants : RAS = rien à signaler ; F = fièvre >38°C ; As = asthénie / fatigue ; Ma = malaise ; My = myalgies / courbatures ; T = toux ; Dy = dyspnée ; SDRA = syndrome de détresse respiratoire aiguë ; Dh = diarrhée ; V = vomissements ; Da = douleurs abdominales ; C=conjonctivite, Au = autre signe.

**5. Classement de la personne-contact d'un cas confirmé ou du co-exposé**

Date du classement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cas possible

Absence de signes cliniques évocateurs

Si classement en cas possible, noter ici le numéro du cas possible attribué par Santé publique France : |\_\_|\_\_|\_\_|  
|\_\_|\_\_|

Départ.    N° d'inclusion

**Si classement en cas possible**

- Compléter la fiche 1 du fait de l'apparition de signes / symptômes évocateurs d'infection à Grippe aviaire,
- Si le cas possible est personne-contact du cas confirmé, compléter la section 6
- Si le cas possible est un co-exposé du cas confirmé, compléter la section 7

**Pour tout cas possible chez une personne-contact d'un cas confirmé pour grippe zoonotique**

**6. Chronologie et circonstances du (des) contact(s) avec le cas confirmé de grippe zoonotique**

**a. Chronologie des contacts avec le cas confirmé de grippe zoonotique**

**J0** = date de début des signes du cas confirmé \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Cocher ci-dessous si contact à la date spécifiée

J-2	J-1	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J...	J...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**b. Date et circonstance(s) du dernier contact avec le cas confirmé symptomatique de grippe zoonotique**

Date du dernier contact	Circonstances de l'exposition (notamment existence ou non de mesures de protection pour les professionnels de santé)
___/___/___	..... .....

**Pour tout cas possible co-exposé d'un cas confirmé pour grippe zoonotique**

**7. Chronologie et circonstances de l'exposition** (activités, contacts avec des animaux, expositions à des aliments, etc.)  
(complétez de 7A à 7D)

**7A. Si exposition hors de France, activités réalisées lors du voyage**

Date	Activités	A participé			Commentaires
		Oui	Non	NSP	
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
__/__/__	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

<b>7B. Contacts directs avec des animaux</b>						
<b>Espèce animale</b>	<b>Date</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NSP</b>	<b>Lieu</b>	<b>Circonstances (touché, caressé ...)</b>
Oiseaux sauvages	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Volaille	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Marché d'oiseaux	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Porcs ou sangliers	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Environnement proche des porcs/sangliers (en élevage ou domestiques, abattoir, ....) : .....	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Autres espèces, précisez (domestique, sauvage, élevage) : .....	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
<b>7C. Consommation d'aliments</b>						
<b>Aliment</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>NSP</b>	<b>Consommation</b>		
				<b>répétée ?</b>	<b>ponctuelle (1 fois)?</b>	
				<b>si oui, cochez</b>	<b>Si ponctuelle, précisez lieu et date</b>	
Viande de porc/de sanglier crue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	
Viande de volaille crue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	
Autres, précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	