

Annexe 1

SALMONELLA TYPHI QUESTIONNAIRE EXPLORATOIRE

Enquêteur

Nom:

Adresse :

Téléphone :

Date de l'interrogatoire : / /

Patient

NOM : Prénom :

Adresse :

Tel : Code Postal :

Age (ou date de naissance) :

Profession :

(recherche +++profession à risque : restauration, personnel soignant, personnel de crèche, personnel de maternelle)

Si jeune enfant, type de garde : Crèche Halte Garderie Nourrice Garde à domicile

Maternelle Autre préciser :

Médecin traitant :

NOM :

Adresse :

Tel :

Hospitalisé : OUI NON

Si OUI,

| Lieu d'hospitalisation | Date d'hospitalisation | Durée d'hospitalisation |
|------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Nombre de jours hospitalisé en réanimation :

Traitement : * IV :

Posologie :de à

* PO :

Posologie :de à

Complications : OUI NON

Si OUI, préciser :

.....

Evolution : Date de l'apyrexie : / /

Guérison Décès Rechute Séquelles Inconnu

Si rechute ou séquelles, détailler

Statut vaccinal typhoïde

Vacciné OUI NON

Si OUI, nom du vaccin :

Date de la dernière vaccination :

VOYAGES A L'ETRANGER

Avez-vous effectué un séjour hors de France durant le mois précédant le début des symptômes ? OUI
NON

Si OUI : Dans quel pays : Date de retour : / / Durée du séjour :
 Date de retour : / / Durée du séjour :
 Date de retour : / / Durée du séjour :

Avez vous été en contact avec une personnes revenant d'un séjour en Afrique, Asie ou Amérique Latine durant le mois précédant le début des symptômes ? OUI NON

Si OUI : De quel pays : Date de retour : / / Durée du séjour :
 Date de retour : / / Durée du séjour :
 Date de retour : / / Durée du séjour :

Décrivez le type de contact (famille, partage de repas, etc):

.....

Durant le mois précédant le début des signes cliniques, avez-vous consommé des produits rapportés de l'étranger par vous même ou quelqu'un de votre entourage?

OUI NON NSP

Si OUI, préciser le type d'aliment, le lieu d'achat et la date de consommation:

CAS DANS L'ENTOURAGE

Nombre de personnes dans la famille :

Nombre d'enfants < 5 ans dans la famille :

Y a-t-il eu des cas de diarrhée ou fièvre (enfants ou adultes) dans votre entourage depuis le 01/09/2003 :

OUI NON

Si OUI,

| Cas : nom et coordonnées | Signes et diagnostic porté par le médecin | Date de début des signes | Copro Faite/non faite résultats | Age | Type entourage (familial, professionnel, école, garderie, etc...) |
|--------------------------|---|--------------------------|---------------------------------|-----|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

EXPOSITIONs ALIMENTAIRES

Le questionnaire suivant doit porter sur l'alimentation dans le mois précédent les symptômes

Période d'exposition : du ___/___/___ au ___/___/___

REPAS PRIS HORS DU DOMICILE

FETES (ANNIVERSAIRE, MARIAGE , CONCERTS, etc.)

OUI NON NSP

Si OUI, préciser le type d'évènement:

la (les) date(s) :

le(s) lieu(x) :

les aliments consommés :

RESTAURATION RAPIDE OU A EMPORTER (pizzeria, Mac Donald, sandwicherie, dans le train, etc

Avez-vous acheté de la nourriture dans un restaurant rapide ou à emporter dans le mois précédant le début des signes cliniques ?

OUI NON NSP

Si OUI, préciser pour chaque lieu le nom et l'adresse et les aliments consommés et les dates ou périodes de fréquentation

| Nom, adresse | Date de fréquentation ou période ou fréquence | Aliments consommés |
|--------------|---|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

RESTAURANT, HOTEL, CAFE

Avez-vous mangé dans un restaurant dans le mois précédant le début des signes cliniques ?

OUI NON NSP

Si OUI, préciser pour chaque restaurant le nom et l'adresse, les aliments consommés, les dates ou périodes de fréquentation

| Nom, adresse | Date de fréquentation ou période ou fréquence | Aliments consommés |
|--------------|---|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

CANTINE, RESTAURANT D'ENTREPRISE

Avez-vous été à la cantine ou dans un restaurant d'entreprise dans le mois précédant le début des signes cliniques ?

OUI NON NSP

Si OUI, préciser pour chaque restaurant le nom et l'adresse, les dates ou période de fréquentation :

CHARCUTERIE

LIEUX D'ACHAT OU DE CONSOMMATION (restaurant, cantine...) : préciser le nom et la ville

1 : _____ 3 : _____

2 : _____ 4 : _____

**Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : Pré-(E)mballé, à la (C)oupe, Fabrication (M)aison*

| | OUI | NON | NSP | Conditionnement* E/C/M | Lieu d'achat ou de consommation (si différent du numéro de la liste) | Marque et Type |
|--|-----|-----|-----|---------------------------|---|----------------|
| Pâté de volaille | | | | | | |
| Pâté de foie | | | | | | |
| Pâté de campagne | | | | | | |
| Pâté en croûte | | | | | | |
| Autre pâté : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Foie gras et dérivés | | | | | | |
| Rillettes de porc | | | | | | |
| Autres rillettes : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Jambon blanc | | | | | | |
| Jambon de pays (cru ou fumé) | | | | | | |
| Bacon | | | | | | |
| Jambonneau | | | | | | |
| Lardons | | | | | | |
| Rôti de porc cuit | | | | | | |
| Poitrine de porc | | | | | | |
| Saucisson sec | | | | | | |
| Saucisson à l'ail | | | | | | |
| Autre saucisson : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Salami | | | | | | |
| Cervelas | | | | | | |
| Saucisse de Strasbourg, Francfort | | | | | | |
| Chipolatas | | | | | | |
| Merguez | | | | | | |
| Saucisses au barbecue : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Autres saucisses : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Boudin noir | | | | | | |
| Boudin blanc | | | | | | |
| Autres charcuterie : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Sandwiches avec charcuterie <i>préciser</i> | | | | | | |
| Fromage de tête | | | | | | |
| Langue de porc en gelée | | | | | | |
| Autres produits en gelée : <i>préciser</i> | | | | | | |

PRODUITS CARNES AUTRES QUE LES VOLAILLES

LIEUX D'ACHAT OU DE CONSOMMATION (restaurant, cantine...) : préciser le nom et la ville

| | |
|-----------|-----------|
| 1 : _____ | 3 : _____ |
| 2 : _____ | 4 : _____ |

**Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : Pré-(E)mballé, à la (C)oupe, (S)urgelé*

| | OUI | NON | NSP | Conditionnement* E/C/S | Lieu d'achat ou de consommation (si différent du numéro de la liste) | Marque et type |
|--|-----|-----|-----|---------------------------|---|-------------------|
| BOEUF | | | | | | |
| Steak haché de bœuf | | | | | | |
| Rôti de bœuf | | | | | | |
| Plats à base de viande de bœuf achetée hachée (hachis Parmentier, bolognaise, lasagnes, boulettes de viande) <i>préciser</i> | | | | | | |
| Autres morceaux de bœuf (steak, entrecôte...) <i>préciser</i> | | | | | | |
| PORC : <i>préciser</i> | | | | | | |
| VEAU : <i>préciser</i> | | | | | | |
| MOUTON, AGNEAU : <i>préciser</i> | | | | | | |
| CHEVAL : <i>préciser</i> | | | | | | |
| LAPIN : <i>préciser</i> | | | | | | |
| ABATS (rognon, foie, cervelle ...) <i>préciser</i> | | | | | | |
| AUTRES , (gibier, chevreau, autruche, kangourou.....) : <i>préciser</i> | | | | | | |

VOLAILLES

LIEUX D'ACHAT OU DE CONSOMMATION (restaurant, cantine...) : préciser le nom et la ville

| | |
|-----------|-----------|
| 1 : _____ | 3 : _____ |
| 2 : _____ | 4 : _____ |

**Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : Pré-(E)mballé, à la (C)oupe, (S)urgelé*

| | OUI | NON | NSP | Conditionnement* E/C/S | Lieu d'achat ou de consommation (si différent du numéro de la liste) | Marque et type |
|--|-----|-----|-----|---------------------------|---|-------------------|
| POULET | | | | | | |
| Acheté cru | | | | | | |
| Acheté cuit | | | | | | |
| Plats cuisinés à base de poulet <i>préciser</i> | | | | | | |
| Sandwichs avec poulet | | | | | | |
| DINDE ou DINDONNEAU | | | | | | |
| AUTRES (oie, pigeon, caille, canard...) <i>préciser</i> | | | | | | |
| PREPARATIONS A BASE DE VOLAILLES | | | | | | |
| En forme d'escalope (cordon bleu) | | | | | | |
| Beignets, croquettes (nuggets) | | | | | | |
| Merguez de volailles | | | | | | |
| Jambon de volaille | | | | | | |
| Dés de volailles | | | | | | |
| Saucisses de volaille | | | | | | |
| Volailles fumées | | | | | | |
| Autres : <i>préciser</i> | | | | | | |

PRODUITS LAITIERS

LIEUX D'ACHAT OU DE CONSOMMATION (restaurant, cantine...) : préciser le nom et la ville

1 : _____ 3 : _____

2 : _____ 4 : _____

**Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : (B)oite, Pré-(E)mballé, à la (C)oupe*

| | OUI | NON | NSP | Conditionnement* B/E/C | Lieu d'achat ou de consommation (si différent du numéro de la liste) | Marque et type |
|-------------------------------------|-----|-----|-----|---------------------------|---|----------------|
| Camembert | | | | | | |
| Coulommiers | | | | | | |
| Brie | | | | | | |
| Vacherin | | | | | | |
| Chaource | | | | | | |
| Cantal | | | | | | |
| Saint Nectaire | | | | | | |
| Reblochon | | | | | | |
| Munster | | | | | | |
| Pont l'évêque | | | | | | |
| Livarot | | | | | | |
| Comté | | | | | | |
| Emmental/Gruyère | | | | | | |
| Emmental/Gruyère acheté râpé | | | | | | |
| Parmesan râpé | | | | | | |
| BLEUS, préciser la variété. | | | | | | |
| | | | | | | |
| Mozarella | | | | | | |
| Fêta | | | | | | |
| Fromage de brebis | | | | | | |
| CHEVRE, préciser la variété : | | | | | | |
| | | | | | | |
| AUTRES FROMAGES, préciser | | | | | | |
| | | | | | | |

Avez vous bu du **lait** (thé, café, céréales...) ?

Si OUI, préciser : lait cru (de la ferme)

OUI

lait UHT

NON

lait pasteurisé

NSP

lait microfiltré

OEUFS

LIEUX D'ACHAT OU DE CONSOMMATION (restaurant, cantine...) : préciser le nom et la ville

| | |
|-----------|-----------|
| 1 : _____ | 3 : _____ |
| 2 : _____ | 4 : _____ |

| | OUI | NON | NSP | Lieu d'achat ou de consommation (ferme, marché supermarché...) (si différent du numéro de la liste) | Marque et type |
|---|-----|-----|-----|---|----------------|
| Oeufs brouillé ou omelette | | | | | |
| Oeufs à la coque | | | | | |
| Oeufs sur le plat | | | | | |
| Oeufs durs (salade, sandwich ...) | | | | | |
| Produits à base d'oeufs | | | | | |
| Mousse au chocolat | | | | | |
| Crème anglaise | | | | | |
| Autres crèmes desserts à base d'œufs : <i>préciser</i> | | | | | |
| Mayonnaise | | | | | |
| Autres sauces à base d'œufs : <i>préciser</i> .. | | | | | |

POISSONS, FRUITS DE MER

LIEUX D'ACHAT OU DE CONSOMMATION (restaurant, cantine...) : préciser le nom et la ville

1 : _____ 3 : _____

2 : _____ 4 : _____

**Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : (F)rais, (C)onserve, (S)urgelé, (SV) sous vide*

| | OUI | NON | NSP | Conditionnement* F/C/S/SV | Lieu d'achat ou de consommation (si différent du numéro de la liste) | Marque et type |
|---|-----|-----|-----|------------------------------|---|----------------|
| Poissons <i>préciser.....</i> | | | | | | |
| Coquillages | | | | | | |
| Moules | | | | | | |
| Huîtres | | | | | | |
| Coques | | | | | | |
| Coquilles saint jacques | | | | | | |
| Autres coquillages : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Crustacés | | | | | | |
| Crevettes | | | | | | |
| Écrevisse | | | | | | |
| Langouste | | | | | | |
| Homard | | | | | | |
| Crabes | | | | | | |
| Autres crustacés <i>préciser</i> | | | | | | |
| Produits à base de poissons | | | | | | |
| Tarama | | | | | | |
| Surimi | | | | | | |
| Terrine de poissons | | | | | | |
| Rillettes de crabe ou de poissons | | | | | | |
| Autres produits : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Poissons fumés <i>préciser.</i> | | | | | | |

VEGETAUX CRUS

LIEUX D'ACHAT OU DE CONSOMMATION (restaurant, cantine...) : préciser le nom et la ville

| | |
|-----------|-----------|
| 1 : _____ | 3 : _____ |
| 2 : _____ | 4 : _____ |

**Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : (F)rais, (P)rêt à l'emploi, (C)onserve, (S)urgelé*

| | OUI | NON | NSP | Conditionnement* F/P/C/S | Lieu d'achat ou de consommation (si différent du numéro de la liste) | Marque et type |
|--|-----|-----|-----|-----------------------------|---|-------------------|
| LEGUMES CRUS (sandwich et salade d'accompagnement inclus) | | | | | | |
| Carottes râpées | | | | | | |
| Choux crus / Salade de choux | | | | | | |
| Endives | | | | | | |
| Salades vertes | | | | | | |
| Poivron | | | | | | |
| Tomate | | | | | | |
| Autres : préciser | | | | | | |
| FINES HERBES | | | | | | |
| Coriandre | | | | | | |
| Basilic | | | | | | |
| Ciboulette | | | | | | |
| Persil | | | | | | |
| Aneth | | | | | | |
| Oseille | | | | | | |
| Cresson | | | | | | |
| Autres : préciser | | | | | | |
| FRUITS NON PELES | | | | | | |
| Fraise | | | | | | |
| Framboise | | | | | | |
| Melon | | | | | | |
| Pommes | | | | | | |
| Poires | | | | | | |
| Autres : préciser | | | | | | |
| COULIS DE FRUITS | | | | | | |
| Fraise | | | | | | |
| Framboise | | | | | | |
| Autres : préciser | | | | | | |
| JUS DE FRUITS | | | | | | |
| Orange | | | | | | |
| Pomme | | | | | | |
| Autres : préciser | | | | | | |

DIVERS (céréales, cuisine asiatique, pizza ...)

*Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : (C)onserve, Pré-(E)mballé, (F)rais, (S)urgelé

| | OUI | NON | NSP | Conditionnement* C/E/F/S | Lieu d'achat ou de consommation | Marque et type |
|---|-----|-----|-----|-----------------------------|------------------------------------|----------------|
| Germes de soja | | | | | | |
| Autres graines germées : <i>préciser</i> : | | | | | | |
| Rouleau de printemps | | | | | | |
| Pizza | | | | | | |
| Céréales <i>préciser</i> : | | | | | | |
| Autres, <i>préciser</i> : | | | | | | |

GATEAUX, FRIANDISES

*Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : (M)aison, (S)urgelé, (T)raiteur, Pré(E)mballé

| | OUI | NON | NSP | Conditionnement* M/S/T/E | Lieu d'achat ou de consommation | Marque et type |
|---|-----|-----|-----|-----------------------------|------------------------------------|----------------|
| Pâtisseries : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Glaces ou sorbet : <i>préciser</i> | | | | | | |
| Autres : <i>préciser</i> | | | | | | |

EAU

Consommation d'eau de boisson :

Au cours du mois précédant les premiers signes cliniques, avez-vous bu ?

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| De l'eau du robinet | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| Des boissons contenant des glaçons | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| De l'eau embouteillée | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| De l'eau de puit | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| De l'eau d'une source directement à la source | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |

Ingestion accidentelle d'eau :

Au cours de la semaine précédant les premiers signes cliniques, avez-vous avalé de l'eau à l'occasion de baignades (étang, rivière, lac, piscine, mer...) ?

OUI NON NSP