

Infection due au nouveau Coronavirus 2019-nCoV

Document d'aide au classement d'un patient en CAS POSSIBLE

Identifiant du Signalant

..... Date du signalement ____/____/____

Nom de la personne effectuant le signalement :

Organisme :

Dépt. : |_|_| Téléphone : Email :

1. Identité du patient

Nom : Prénom :

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

Adresse du domicile en France :

Commune : Code Postal : /_____/

Tel domicile : Tel portable : Profession :

Médecin traitant : Nom : Prénom : Tel :

Adresse : Code Postal : /_____/ Commune :

2. Expositions à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques

A - Séjour ou transit dans la ville de Wuhan Chine Oui Non Si oui, Précisez :
..... Date d'arrivée : ____/____/____ Date de départ : ____/____/____
..... Date d'arrivée : ____/____/____ Date de départ : ____/____/____Type de séjour /voyage : Tourisme Résidence Escale Autre Précisez

B - Contact étroit* avec un cas confirmé d'infection à nCoV pendant sa phase symptomatique

* Tout contact étroit est une personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas index lorsque celui-ci présentait des symptômes, par exemple : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat, ou ayant eu un contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre du cas possible ou confirmé au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas index dans un avion ou un train, en l'absence de mesures de protection efficaces (précautions Standard + Air + Contact).

Oui Non NSP

Si oui, précisez la nature de l'exposition

Date ou période d'exposition à ce cas confirmé : /_____/ Identifiant de ce cas : |_|_|_|_|

C – Personne co-exposée symptomatique, définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (c'est-à-dire un séjour / voyage à Wuhan, Chine) qu'un cas confirmé*
Oui Non NSP

Si oui : Précisez Date : /_____/

D – Personne ayant travaillé ou ayant séjourné dans un hôpital dans lequel un cas d'infection au nCoV a été confirmé
Oui Non NSP

Si oui, précisez, : Date : /_____/

E – Personne ayant visité ou travaillé dans un marché d'animaux vivants à Wuhan, en Chine
Oui Non NSP

Si oui, précisez, le lieu et

4. Caractéristiques cliniques du cas

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"/> Autres signes cliniques Préciser : | |
| <input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire anormale | |
| <input type="checkbox"/> Tableau évocateur d'infection du parenchyme pulmonaire. Précisez : | |
| <input type="checkbox"/> Tableau clinique sévère. Précisez : | |

Saturation O2 ___/___/% date ___/___/___ Fréquence respiratoire : date ___/___/___

Examens radiologiques

- Radiographie du thorax Date de réalisation : ___/___/___
- Normale Syndrome alvéolaire Syndrome interstitiel Autre Précisez :
- Scanner thoracique Date de réalisation : ___/___/___
- Normale Syndrome alvéolaire Syndrome interstitiel Autre Précisez :

Commentaires :

5. Autres étiologies recherchées

- Virus influenzae
- | | | | | |
|---|-------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| A | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Non Fait |
| B | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Non Fait |
| C | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Non Fait |
- Rhinovirus ___/___/___ Positif Négatif Non Fait
- Métapneumovirus ___/___/___ Positif Négatif Non Fait
- Virus respiratoire syncytial (VRS) ___/___/___ Positif Négatif Non Fait
- Virus para-influenzae (PIV) ___/___/___ Positif Négatif Non Fait
- SARS-CoV ___/___/___ Positif Négatif Non Fait
- MERS-CoV ___/___/___ Positif Négatif Non Fait
- Autres, précisez :

7. Classement du cas

- Cas possible
- Cas exclu
- Commentaires :**

8. Si classement en cas possible

Orientation du patient : Hospitalisation en médecine /maladies infectieuses Hospitalisation en réanimation

Si hospitalisation, nom et lieu de l'hôpital :

Nom, service et coordonnées du médecin référent :

Mesures de protection autour du cas Oui Non NSP

Si oui précisez :

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

9. Identification des contacts

Le cas possible a-t-il eu un (des) contact(s) étroit(s)* depuis la date de début de ses signes ? Oui Non NSP

Si oui précisez le contexte et le nom et les coordonnées (tel) des personnes :

.....

** = Tout contact étroit est une personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas index lorsque celui-ci présentait des symptômes, par exemple : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat, ou ayant eu un contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre du cas possible ou confirmé au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas index dans un avion ou un train, en l'absence de mesures de protection efficaces (précautions Standard + Air + Contact).*

10. Identification des personnes co-exposées

Une personne co-exposée est définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (c'est-à-dire un séjour / voyage à Wuhan, Chine) que le cas confirmé.

Existe-t-il des personnes co-exposées dans l'entourage du cas possible ? Oui Non NSP

Si oui précisez le contexte et le nom et les coordonnées (tel) de la personne co-exposée et éventuellement le voyageur :

.....

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

Aucun antécédent Oui Non NSP Cardiopathie Oui Non NSP

Pathologie respiratoire chronique Oui Non NSP Obésité Oui Non NSP

Pathologie rénale chronique Oui Non NSP Diabète Oui Non NSP

Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.) Oui Non NSP

Grossesse en cours Oui Non NSP Autre immunodépression Oui Non NSP

Autres Oui Non NSP Si oui, précisez :

13. Séjour ou transit à Wuhan

13A. Activités réalisées lors du voyage, notamment d'éventuelles visites dans des établissements de santé

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"/>

Commentaires :

13B. Fréquentation de marchés d'animaux vivants

Le cas possible a-t-il fréquenté un ou plusieurs marchés vendant des animaux vivants Oui Non NSP

Si oui, précisez : Date : ___/___/___

13C. Contacts directs avec des animaux

Espèce animale	Date	Oui	Non	NSP	Lieu	Circonstances (caressé, touché...)
Chauve-souris	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Civette	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rongeurs	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oiseaux sauvages	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volaille	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaches/Moutons/ Chèvres	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poissons, fruits de mer : précisez						
Animaux sauvages précisez :	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres animaux, précisez :	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires