

INFECTION A SARS-COV-2 QUESTIONNAIRE D'UNE PERSONNE CONTACT D'UN CAS DE COVID-19

Ce questionnaire est destiné à une personne contact d'un cas confirmé ou probable de COVID-19 pour lequel le niveau de risque de contamination par le cas confirmé est évalué comme étant non négligeable

Les personnes contact personnels de santé exerçant en établissement de santé sont évaluées par l'équipe d'hygiène et le médecin du travail de leur établissement.

Identifiant du sujet :
Départ. N° d'inclusion

Identifiant du cas confirmé :

Enquêteur (nom et téléphone):

Date du 1^{er} entretien : ___/___/___

1. Identifiants et coordonnées utiles

Nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : ___/___/___

Adresse du domicile en France :

Commune : Code Postal : / _____ /

Tel domicile : Tel portable :

Email :

La personne contact est-elle un personnel de santé ? oui non

Profession en clair :

Médecin traitant : Nom : Prénom : Tel :

Adresse : Code Postal : / _____ / Commune :

Email :

La personne contact présente-t-elle des signes évocateurs de covid19 au moment du 1^{er} entretien ?

oui non

Si oui, indiquer à la personne la démarche pour être testée et la conduite à tenir (isolement), et si son état le permet, poursuivre l'entretien

3. Lien de la personne contact avec le cas confirmé de COVID-19

La personne contact connaît-elle le cas ? oui non

Si non, a-t-elle reçu une notification via « stop-covid » ? oui non (puis passer directement au 5)

Si oui, quelles sont les circonstances du contact

Même foyer

Autre foyer mais famille

Voisins, amis

- collègues de travail
- Milieu scolaire (enseignant ou élève)
- Lieu de vie ou de travail collectif (Crèche, Ehpad, prison, etc.), précisez
- Transports en commun (bus/train/avion/bateau/tramway)
- Rassemblement de personnes, précisez.....
- Autres, précisez :

La personne-contact a voyagé hors de sa région ou hors de France au cours des 2 dernières semaines ? oui non

La personne contact a déjà été testée depuis le début de l'épidémie ? oui non

Si oui, RT-PCR Sérologie NSP

Si oui, date du test : | _____ |

Si oui, résultat positif ? oui non

Si oui, voir référent médical pour la décision de quatorzaine

4. Date et circonstance(s) des contacts avec le cas confirmé symptomatique de COVID-19	
Date du premier contact	___/___/___ ou fréquence (quotidien, hebdomadaire, ...)
Date du dernier contact	___/___/___
Niveau de risque	<input type="checkbox"/> A risque <input type="checkbox"/> Risque négligeable

Si contact à risque :

5. Apparition de signes cliniques évocateurs d'infection (depuis dernier contact avec le cas confirmé)															
D0 = date du dernier contact avec le cas confirmé symptomatique pour un sujet contact : ___/___/___															
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 = fatigue/malaise Fr = sensation de fièvre non mesurée ; My = myalgies / courbatures ; Ma = mal de gorge ; T = toux ; Dy = dyspnée ; SDRA = syndrome de détresse respiratoire aiguë ; Rh = rhinite , CO = conjonctivite ; An = anosmie Ag = Agueusie, Au = autre signe, préciser															
6. Recherche d'infection chez le contact asymptomatique à J7 de la quatorzaine															
Cette mesure ne s'applique qu'à des personnes-contact n'ayant plus eu aucun contact avec le cas confirmé pendant les 7 derniers jours															

Date de la RT-PCR : _____ soit J__ de la quatorzaine
Résultat de la RT-PCR : <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative

Le contact devient un cas possible ce jour Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
