

FHCC - FICHE 1

QUESTIONNAIRE CAS POSSIBLE/CONFIRMÉ

Rappel : Ce questionnaire est à débiter dès le classement en cas possible mais les personnes contacts et exposées sont à identifier uniquement pour les cas confirmés d'infection par le virus de la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo (FHCC).

Critères de classement en cas possible/cas confirmé de FHCC :

- **Cas possible** : critère clinique ET critère épidémiologique (Voir figure en Annexe)
- **Cas confirmé** : toute personne ayant un diagnostic d'infection par le virus de la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo par le Centre National de Référence Virus des Fièvres hémorragiques virales (CNR)

1. Signalement du cas possible

Date du signalement : .../.../... Code identifiant du cas (Code DO) / _____/

Nom et prénom de la personne effectuant le signalement :

Etablissement : Service :

Ville : Département :

Téléphone : Email :

Nom et prénom de la personne ayant reçu le signalement (ARS):

Région :

Téléphone : Email :

Personne interrogée :

☐ Le patient ☐ Un membre de la famille ou de l'entourage ☐ Le médecin en charge

Si le patient n'est pas la personne interrogée, quelle en est la raison ? (patient inconscient, barrière de la langue, patient mineur, etc...) : _____

2. Informations personnelles concernant le cas possible

Nom : Prénom :

Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance : .../.../...

Adresse du domicile :

Commune : Code Postal : / _____/

Tel domicile : Tel portable :

Nature du domicile :

☐ Appartement ☐ Maison individuelle ☐ Exploitation agricole

☐ Autre :

Présence d'un jardin au domicile : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Le domicile se trouve en bordure de forêt : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Le domicile se trouve en bordure

d'une pâture accueillant des animaux : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Le domicile se trouve à proximité d'un élevage : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Profession :

3. Exposition(s) à risque qui précèdent la date de début des signes cliniques

A – Exposition aux piqûres de tique dans les 9 jours (*rappel des zones à risque : bassin méditerranéen, y compris la France, Turquie, Moyen-Orient, Bulgarie, Grèce, Albanie, Géorgie, Ukraine, Russie, Afrique sub-saharienne*)

Piqûre de tiques Oui ☐ Non ☐

Si oui,

Date de la piqûre : : ____/____/____ (période à risque : mars à septembre)

Etait-ce une piqûre de tique du genre *Hyalomma* (Voir fiche technique d'identification)? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Lieu de la piqûre : ☐ France, indiquer précisément le lieu :
☐ Etranger, précisez le pays :

Si plusieurs piqures, indiquer toutes les dates et tous les lieux ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

B – Exposition à des animaux vivants ou morts, potentiellement porteurs du virus (contact direct avec le sang frais des animaux) dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques

Lagomorphes (lapin, lièvre) Oui ☐ Non ☐ Date de la dernière exposition : ____/____/____/
Lieu d'exposition (lieu précis en France ou Pays si étranger) :

Cervidés (chevreuils, cerfs, ...) Oui ☐ Non ☐ Date de la dernière exposition : ____/____/____/
Lieu d'exposition (lieu précis en France ou Pays si étranger) :

Sangliers Oui ☐ Non ☐ Date de la dernière exposition : ____/____/____/
Lieu d'exposition (lieu précis en France ou Pays si étranger) :

Autres mammifères sauvages :
préciser Oui ☐ Non ☐ Date de la dernière exposition : ____/____/____/
Lieu d'exposition (lieu précis en France ou Pays si étranger) :

Bovins Oui ☐ Non ☐ Date de la dernière exposition : ____/____/____/
Lieu d'exposition (lieu précis en France ou Pays si étranger) :

Chevaux Oui ☐ Non ☐ Date de la dernière exposition : ____/____/____/
Lieu d'exposition (lieu précis en France ou Pays si étranger) :

Ovins Oui ☐ Non ☐ Date de la dernière exposition : ____/____/____/
Lieu d'exposition (lieu précis en France ou Pays si étranger) :

Caprins Oui ☐ Non ☐ Date de la dernière exposition : ____/____/____/
Lieu d'exposition (lieu précis en France ou Pays si étranger) :

Autres mammifères domestiques :
préciser Oui ☐ Non ☐ Date de la dernière exposition : ____/____/____/
Lieu d'exposition (lieu précis en France ou Pays si étranger) :

Décrire les circonstances d'exposition (durée et fréquence d'exposition, type de contact, existence ou non d'une suspicion clinique d'infection de l'animal par le virus de la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo etc.) :

.....

.....

Décrire les activités et loisirs en extérieur (randonnée, chasse, fréquentation d'une exploitation agricole) ainsi que le lieu et le type de milieu (forêt, garrigue etc...) :

.....

.....

C –Contact avec un cas humain de FHCC, jusqu'à 14 jours après l'apparition des symptômes du cas primaire ?

Oui ☐ Non ☐

Le contact a-t-il eu lieu en France ou à l'étranger ? France ☐ Etranger ☐

Le diagnostic d'infection à virus de la FHCC a-t-il été confirmé biologiquement chez cette personne? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Date de dernière exposition au cas confirmé : ____/____/____/

Si oui, précisez le type de contact avec le cas confirmé :

.....

.....

.....

**** Voir la définition d'une personne-contact plus bas dans le questionnaire et dans la conduite à tenir SpFrance concernant la surveillance et l'investigation des cas d'infection par le virus de la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo**

5. Caractéristiques cliniques du cas possible

Date du début des signes cliniques ____/____/____

Signes cliniques (Cocher les cases correspondantes et préciser la date d'apparition si différente de la date du début des signes cliniques)

Fièvre, précisez :°C ☐ ____/____/____

Syndrome fébrile frissons, sueurs, sans fièvre mesurée ☐ ____/____/____

Asthénie / fatigue / malaise ☐ ____/____/____

Myalgies / courbatures ☐ ____/____/____

Nausées/Vomissements ☐ ____/____/____

Diarrhée ☐ ____/____/____

Douleurs abdominales ☐ ____/____/____

Saignements muqueux spontanés * ☐ ____/____/____

Si oui, préciser les zone anatomique :

Eruption cutanée (pétéchies) ☐ ____/____/____

Hypotension ☐ ____/____/____

Confusion ☐ ____/____/____

Ecchymoses ☐ ____/____/____

Hématomes spontanés ☐ ____/____/____

Insuffisance rénale ☐ ____/____/____

Insuffisance hépatocellulaire ☐ ____/____/____

Erythème migrant ☐ ____/____/____

Paralysies faciale ☐ ____/____/____

Escarre d'inoculation ☐ ____/____/____

Adénopathie ☐ ____/____/____

Autres signes cliniques, ☐ ____/____/____ Précisez :

* Au moins un des signes suivants : épistaxis (saignement de nez), saignement gingival, hémoptysie (toux sanglante), hématurie (sang dans les urines), méléna (sang dans les selles) et saignement vaginal autre que le cycle menstruel chez les femmes.

Décès Oui ☐ Non ☐

Date du décès ____/____/____ lieu : ☐ hôpital ☐ domicile ☐ autre

Si hôpital, préciser l'hôpital :

6. Orientation du patient et mesures de contrôle du risque de transmission secondaire

Hospitalisation Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Nom de l'hôpital : Ville : Code postal :

Nom, service et coordonnées du médecin référent :

Si oui, date d'admission : ... / ... /

Précisez le ou les type(s) de service :

Médecine /maladies infectieuses ☐ Soins intensifs/continus ☐ Réanimation ☐ Autres , préciser :

Nom de l'hôpital : Ville : Code postal :

Nom, service et coordonnées du médecin référent :

Si oui, date d'admission : ... / ... /

Précisez le ou les type(s) de service :

Médecine /maladies infectieuses ☐ Soins intensifs/continus ☐ Réanimation ☐ Autres , préciser :

Isolement en chambre Oui ☐ Non ☐ NSP ☐ Date début : ____/____/____

Précisez :

Mise en place des mesures de prise en charge d'un patient REB ? Date début : ____/____/____

8. Suivi des prélèvements du cas possible

Rappel : en cas de classement en cas possible, les prélèvements doivent être envoyés sans délai au CNR des fièvres hémorragiques virales pour confirmation du diagnostic

Date du prélèvement ____/____/____ Date de réception au CNR ____/____/____

Résultat : Type d'analyses : ☐ Positif
☐ RT-qPCR ☐ Négatif
☐ Indéterminé

☐ Sérologies ☐ Positif
☐ Négatif
☐ Indéterminé

☐ Séroneutralisation ☐ Positif
☐ Négatif
☐ Indéterminé

Autres étiologies recherchées

Ebola	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Lassa	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Hantavirus	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Marburg	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait

Autre dont arboviroses, précisez :

.....

9. Classement définitif du cas

Date du classement définitif : ____/____/____

☐ Cas confirmé

☐ Cas exclu Précisez le motif d'exclusion :

Evolution finale du patient :

Date : ____/____/____

☐ Guérison clinique ☐ Décès Cause du décès : ☐ Inconnu

En cas de décès et de diagnostic confirmé, s'assurer de la prise en charge sécurisée du corps (cf recommandations Ebola)

7. Identification des personnes-contacts et co-exposées

Le cas confirmé peut-il indiquer les personnes (dans le cadre privé ou dans le cadre de soins) ayant eu des contacts avec ses fluides biologiques (sang, urine, sperme ou tout autre produits biologiques lors de vomissement ou diarrhée) au moment du début de ses signes cliniques ? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Rappel définition personne-contact:

Une personne-contact est définie comme une personne qui a

été en contact avec des fluides biologiques d'un cas confirmé notamment en cas de vomissements, diarrhées, saignements importants etc...

Professionnels de santé ayant été en contact des fluides biologique du cas confirmé

Si oui, listez ici ces personnes (nom prénom coordonnées téléphonique mail) et décrire le type de contacts avec le cas confirmé (contact avec quels fluides, date d u ou des contacts, dans quelles conditions (sphère privée ou dans le cadre de soin), avec ou sans mesure de protection, etc)) :

Coordonnées de la personne (Nom, prénom, téléphone, courriel...)	Type de contacts avec le cas confirmé

D'autres personnes ont-elles partagé la même source d'exposition que le cas confirmé ? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Rappel :

Une personne co-exposée est définie comme toute personne ayant partagé la même exposition à risque ou été exposée à la même source de contamination qu'un cas confirmé de CCHF.

Il peut d'agir :

- De contact avec des liquides biologiques sur muqueuse ou peau lésée émanant
 - d'un animal dans le même élevage notamment lors de soins (éleveurs, famille, vétérinaire etc),
 - d'un même animal dans le même abattoir, s'il n'est pas possible d'identifier l'animal l'ensemble des personnes ayant pu être exposées seront identifiées

•de co-manipulation de cadavres potentiellement infectés (chasseurs)
 - Une personne ayant partagé la même activité au même moment et dans le même lieu que le cas confirmé (activité de loisirs en extérieur : randonnée, sorties...) dans les 14 jours précédant ces symptômes.

Si oui, listez ici ces personnes (nom prénom coordonnées téléphonique mail) et décrire l'exposition commune (lieu, date, activités précises) :

Coordonnées de la personne (Nom, prénom, téléphone, courriel...)	Type d'exposition commune avec le cas confirmé	

Annexe 1 : Classement d'un cas de CCHF

Critère épidémiologique : expositions à risque

Toute personne ayant été piquée par une tique dans les 9 jours précédant dans une zone à risque de transmission (bassin méditerranéen, y compris la France, Espagne, Portugal, Turquie, Moyen-Orient, Bulgarie, Grèce, Albanie, Géorgie, Ukraine, Russie, Afrique sub-saharienne) entre mars et septembre

Exposition à un cas confirmé de FHCC dans les 14 jours :
contact avec un liquide biologique du patient confirmé

Contact dans la zone à risque de transmission dans les 14 jours avec un liquide biologique sur muqueuse ou peau lésée émanant d'un animal à risque (lagomorphes, cervidés, chevaux, bovins)

Critère clinique :**Si piqûre certaine par une tique de genre inconnu :**

- o Une fièvre (Température corporelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$) ET des signes hémorragiques (saignements muqueux spontanés, ecchymoses, hématomes spontanés) +/- syndrome pseudo-grippal

Et aucune cause pouvant expliquer les symptômes

Si piqûre certaine par une tique du genre Hyalomma :

- o Une fièvre (Température corporelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$) +/- syndrome pseudo-grippal

Et aucune cause pouvant expliquer les symptômes

Si exposition à un cas confirmé de FHCC :

- o Une fièvre (température corporelle $\geq 38^{\circ}\text{C}$) +/- syndrome pseudo-grippal

Si exposition à un animal potentiellement porteur

- o Une fièvre ($T \geq 38^{\circ}\text{C}$)
- Et
- o Des signes hémorragiques

Cas possible :**Critère clinique**

+

Critère épidémiologique

Qui réalise le classement ?

Médecin en charge du patient, Infectiologue REB de l'ESR, ARS, CNR, SAMU

Cas confirmé :**Critère clinique**

+

Critère épidémiologique

+

Critères biologiques

Diagnostic moléculaire:

Détection de l'ARN viral par RT-qPCR

Diagnostic sérologique:

ELISA, immunofluorescence indirect, séroneutralisation

Qui réalise le classement ?

Le Centre National de Référence des fièvres hémorragiques virales