

Fièvre Hémorragique de Crimée Congo - FICHE 2

QUESTIONNAIRE PERSONNE-CONTACT OU CO-EXPOSEE

Ce questionnaire est destiné aux personnes-contacts et aux personnes co-exposées d'un cas confirmé d'infection par le virus de la Fièvre Hémorragique de Crimée-Congo (FHCC)

Un questionnaire doit être rempli pour chaque personne-contact ou co-exposée. Il est possible qu'une personne soit à la fois contact et co-exposée d'un cas confirmé, auquel cas merci de renseigner les informations relatives à la fois aux contacts et à l'exposition à la source commune dans ce questionnaire.

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 sans équipement de protection individuelle

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 FHCC.

Les personnes-contacts et co-exposées ne sont contactées et suivies qu'en cas de confirmation de l'infection. Le questionnaire n'est à remplir qu'à partir du moment où le cas est confirmé.

A noter toutefois qu'en cas d'éléments épidémiologiques alarmants, il pourra être décidé au cas par cas de contacter et démarrer le suivi de ces personnes dès le classement en cas possible (cf. conduite à tenir).

Pour ces personnes il sera demandé de les informer qu'elles doivent

- Surveiller leur état de santé pendant les 14 jours suivant leur dernier contact à risque avec le cas confirmé et/ou la dernière exposition à risque commune avec le cas primaire confirmé,
- Que toute apparition de symptômes doit être immédiatement signalée au point focal de l'ARS ainsi qu'à l'infectiologue référent REB (qui leur sera fourni) en indiquant leur statut de personne-contact/co-exposée d'un cas confirmé de FHCC.

Il sera demandé de leur transmettre les messages de prévention à suivre au cours de cette période de suivi de 14 jours et les informer sur la maladie, ses modes de transmission et les mesures d'hygiène globale pour éviter tout contact entre leur sang ou autres liquides biologiques et des personnes de leur entourage, notamment en cas développement de symptômes.

Pour rappel, un traitement post-exposition chez l'adulte pourra être envisagé par un médecin mais sera réservé aux seuls professionnels de santé victime d'un accident d'exposition à un risque viral (AEV);

Il sera à proposer :

- Systématiquement en cas d'AEV avec un patient cas confirmé de FHCC et exposition avec un risque considéré comme maximal
- Au cas par cas, en cas d'AEV à risque faible avec un cas confirmé
- Au cas par cas, en cas d'AEV à risque maximal avec un patient cas possible, en fonction du niveau conviction clinique quant à une FHCC

Voir le tableau définissant le risque en cas d'accident d'exposition à risque viral (adapté du rapport HCSP de 2022 concernant la maladie à virus Ebola) dans le rapport HCSP relatif à la prévention vis-à-vis du risque de fièvre hémorragique Crimée-Congo ainsi qu'à la prise en charge de cas humains du 7 février 2024.

Personne-contact ☐

Personne co-exposée ☐

Code identifiant du sujet (code DO) : / _____ /

Code identifiant du cas confirmé (Code DO) : / _____ /

Enquêteur :

Date de l'entretien : ____/____/____

1. Informations personnelles concernant le sujet

Nom : Prénom :

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

Adresse du domicile :

Commune : Code Postal : / _____ /

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Profession :

Médecin traitant : Nom : Prénom : Tel :

Adresse : Code Postal : / _____ / Commune :

2. Antécédents médicauxAucun antécédent médical Oui ☐ Non ☐ NSP ☐Pathologie cardiovasculaire,
précisez : Oui ☐ Non ☐Obésité Oui ☐ Non ☐

Diabète

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

Autre immunodépression, précisez :

Autre(s) comorbidité(s), précisez :

Grossesse en cours, précisez le terme :

Commentaires sur les antécédents médicaux:
.....
.....Oui ☐Oui ☐Oui ☐Oui ☐Oui ☐**3. Circonstances d'exposition**

Date du premier contact avec le cas confirmé / de la première exposition à la même source : ____/____/____

Date du dernier contact avec le cas confirmé / de la dernière exposition à la même source : ____/____/____

Précisez la nature de l'exposition (il est possible de cocher les deux cases) :

Contact direct avec les fluides biologiques d'un cas confirmé ☐Exposition à la même source que le cas confirmé ☐**3.a. Si le sujet est une personne-contact d'un cas confirmé, précisez la nature du/des contact(s) avec ce dernier :**Conjoint.e ☐Autre personne vivant sous le même toit ☐Collègue de travail ☐Voisin ☐Ami, membre de la famille ne résidant pas au même domicile que le cas confirmé ☐Personnel soignant ayant pris en charge le cas confirmé ☐Autre ☐

Si autre, précisez la nature du contact :

Indiquer précisément le type de fluides biologiques et la nature du contact avec les fluides biologiques du cas confirmé:.....
.....
.....**3.b. Si le sujet est une personne co-exposée d'un cas confirmé, précisez la nature de l'exposition :**

Contact avec des liquides biologiques sur muqueuse ou peau lésée émanant :

D'un animal du même élevage notamment dans le cadre de soins (éleveurs, familles, vétérinaire etc)

Oui ☐ Non ☐

Du même abattoir pendant la même période à risque

Oui ☐ Non ☐

De co-manipulation de cadavres potentiellement infectés (chasseurs par ex)

Oui ☐ Non ☐

Personne ayant partagé la même activité au même moment et dans le même lieu que le cas confirmé dans les 14 jours précédant ces symptômes

Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser l'activité :

Personne ayant été piquée par une tique au même moment et dans le même lieu que le cas confirmé

Oui ☐ Non ☐

Décrire les circonstances d'exposition

.....

L'exposition en commun a-t-elle eu lieu sur le territoire national ?

Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Si non, précisez le pays :

.....

4. Apparition de signes cliniques

Le sujet a-t-il présenté un (ou plusieurs) signe(s) clinique(s) depuis le premier contact / la première exposition et au cours des 14 jours suivant le dernier contact / la dernière exposition ? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Date du début des signes cliniques __/__/__

► Si oui, classement du sujet en cas suspect de FHCC

Précisez le type de signes cliniques et la date d'apparition de chacun d'entre eux :

Fièvre, précisez :°C ☐ __/__/__

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

Asthénie / fatigue / malaise ☐ __/__/__

Myalgies / courbatures ☐ __/__/__

Nausées/Vomissements ☐ __/__/__

Diarrhée ☐ __/__/__

Douleurs abdominales ☐ __/__/__

Saignements muqueux spontanés * ☐ __/__/__

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.

En cas de classement en cas suspect, remplir le questionnaire dédié (Fiche 1).