

QUESTIONNAIRE SAGA (Surveillance Active de la Grippe Aviaire)

CAS CONFIRME

PERSONNE-CONTACT ET PERSONNE CO-EXPOSEE

A compléter par la cellule régionale de SpF en lien avec l'ARS, pour tout **cas confirmé de grippe aviaire** détecté dans le cadre du protocole SAGA (Surveillance Active de la Grippe Aviaire) ainsi que pour les **personnes co-exposées** et les **personnes contact**

Foyer : n° d'identification (Id Foyer): ____-____-____

La personne enquêtée est (plusieurs réponses possibles) :

Cas confirmé d'IAHP ☐

Personne contact ☐

Personne co-exposée ☐

Si **cas confirmé**, numéro d'identification de la personne (Id Foyer-00X) : ____-____-____-____

Si **personne contact** et / ou **personne co-exposée** :

- Numéro d'identification du cas confirmé index (Id Foyer-00X) : ____-____-____-____
- Numéro d'identification de la personne (Id Foyer-00X-00Y) : ____-____-____-____-____-____

1 ENQUETEUR

Nom de l'enquêteur :

Date de l'enquête : ____/____/____

2 INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :

Sexe : M ☐ F ☐

Date de naissance : ____/____/____

Adresse du domicile :

Commune : Code postal :

Tél domicile : ____/____/____/____/____

Tél portable : ____/____/____/____/____

Email :

Profession :

La personne exposée travaille-t-elle ou a-t-elle travaillé dans les 8 derniers jours au sein d'une structure où un foyer d'IAHP a été confirmé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, profession exercée dans la structure :

- ☐ éleveur ☐ salarié ☐ soigneur ☐ vétérinaire ☐ abatteur ☐ dépeupleur
☐ équarrisseur ☐ autre, préciser :

3 CIRCONSTANCES D'EXPOSITION

A – Exposition du cas confirmé et des personnes co-exposées à des animaux ou un environnement confirmé(s) d'infection par un virus influenza zoonotique (dans les 8 jours qui ont précédé la confirmation d'infection chez les animaux)

Rappel : Date de confirmation d'infection du ou des animaux par un virus influenza zoonotique : ____/____/____

Exposition à risque dans les 8 jours qui précèdent la confirmation du foyer :

- | | Date de début | Date de fin |
|---|----------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Contact direct avec un animal confirmé d'infection par un virus influenza aviaire/porcin | ____/____/____ | ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Contact direct avec un/des oiseau(x) suspecté(s) d'infection par | | |

un virus influenza aviaire hautement pathogène : contexte d'élevage d'oiseaux avec mortalité soudaine et anormale

____/____/____

☐ Contact direct avec un/des porc(s) suspecté(s) d'infection par un virus influenza d'origine porcine : contexte d'élevage de porcs avec des animaux présentant un syndrome grippal

____/____/____

☐ Contact direct avec un/des oiseaux(x) ou mammifère(s) sauvage(s) malade(s) ou trouvé(s) mort(s)

____/____/____

☐ Fréquentation pendant au moins 15 minutes d'un lieu confiné où des animaux infectés par un virus influenza aviaire/porcin ont séjourné

____/____/____

☐ Contact direct avec du matériel ou une surface d'un foyer confirmé d'influenza aviaire/porcin

____/____/____

☐ Contact direct avec un prélèvement ou tout autre matériel biologique contaminé par un virus influenza aviaire/porcin

____/____/____

Type d'animaux auxquels la personne a été exposée dans les 8 jours précédant la confirmation du foyer chez les animaux ou le début des signes chez la personne (plusieurs réponses possibles) :

☐ Oiseaux domestiques ou sauvages

☐ Porcs ou toute autre espèce de mammifère

a. Exposition à des oiseaux domestiques ou sauvages

Date du dernier contact avec les animaux confirmés d'infection IAHP : ____/____/____

Avec quelle espèce d'animaux infectés la personne a-t-elle été en contact (plusieurs réponses possibles) :

☐ Canard ☐ Dinde ☐ Poule(t)s de chair ☐ Poules pondeuses ☐ Pintades

☐ Cailles ☐ Oies ☐ Pigeons ☐ Autres, préciser :

Quelles ont été les activités de la personne au sein de la structure durant les 8 jours avant la confirmation du foyer (plusieurs réponses possibles) :

☐ Débecage

☐ Dégrieffage

☐ Gavage

☐ Attrapage / contention

☐ Abattage

☐ Ramassage de cadavres

☐ Chargement / déchargement

☐ Nettoyage à sec

☐ Ramassage des œufs au sol

☐ Autres activités, préciser :

Précisez le type de contact avec les animaux du foyer :

☐ direct (manipulation d'animaux infectés)

☐ indirect (fréquentation d'un bâtiment où les animaux infectés ont été hébergés, manipulation d'outils souillés, etc.)

À quelle fréquence (maximale) la personne a-t-elle eu des contacts (directs ou indirects) avec ces animaux durant les 8 jours précédant la confirmation du foyer :

☐ Rare (<3 fois pendant la période) ☐ Souvent (>3 fois mais pas de façon quotidienne)

☐ Quotidienne ☐ Pluriquotidienne

Nombre d'heures cumulées en contact avec les animaux du foyer dans les 8 jours précédant la confirmation :

Port d'équipements de protection individuelle dans les 8 jours précédant la confirmation du foyer ainsi que depuis la confirmation du foyer : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Type de protections

Fréquence d'utilisation

☐ Vêtements spécifiques

Jamais

☐

Parfois

☐

Régulièrement

☐

Systématiquement

☐

☐ Bottes

☐

☐

☐

☐

<input type="checkbox"/> Gants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Masque FFP2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Masque chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lunettes de protection/Visière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres, préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Exposition à des porcs ou tout autre mammifère

Date du dernier contact avec les animaux confirmé(s) d'infection par un virus influenza zoonotique :
 ____/____/____

Avec quelle espèce d'animaux infectés la personne a-t-elle été en contact (plusieurs réponses possibles) :

<input type="checkbox"/> Porcs	<input type="checkbox"/> Bovins	<input type="checkbox"/> Equins	<input type="checkbox"/> Chats	<input type="checkbox"/> Autres félins
<input type="checkbox"/> Chiens	<input type="checkbox"/> Furets, visons	<input type="checkbox"/> Autres, préciser :		

Description des activités au sein de la structure durant les 8 jours avant la confirmation du foyer :

.....

.....

.....

.....

Précisez le type de contact avec les animaux :

☐ directs (manipulation d'animaux infectés)

☐ indirects (fréquentation d'un bâtiment où les animaux infectés ont été hébergés, manipulation d'outils souillés, etc.)

A quelle fréquence (maximale) la personne a eu des contacts (directs ou indirects) avec ces animaux durant les 8 jours avant la confirmation du foyer :

<input type="checkbox"/> Rare (<3 fois pendant la période)	<input type="checkbox"/> Souvent (>3 fois mais de façon non quotidienne)
<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Pluriquotidienne

Nombre d'heures cumulées en contact avec les animaux du foyer dans les 8 jours précédant la confirmation :

Port d'équipements de protection individuelle dans les 8 jours précédant la confirmation du foyer ainsi que depuis la confirmation du foyer : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Type de protections	Fréquence d'utilisation			
	Jamais	Parfois	Régulièrement	Systématiquement
<input type="checkbox"/> Vêtements spécifiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bottes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Masque FFP2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Masque chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lunettes de protection/Visière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres, préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B – Exposition à un cas humain de grippe zoonotique (personne-contact)

Rappel : Date de confirmation du cas humain : ____/____/____

Nature du lien avec le cas confirmé :

- ☐ Conjoint.e ☐ Enfant ☐ Autre personne vivant sous le même toit
☐ Collègue de travail ☐ Voisin ☐ Ami/ membre de la famille ne résidant pas au même endroit
☐ Personnel soignant ayant pris en charge le cas confirmé (médecin traitant, infirmière, kiné ...)
☐ Autres, précisez la nature du contact :

Date du 1^{er} contact avec le cas confirmé : ____/____/____

Date du dernier contact avec le cas confirmé : ____/____/____

Décrire les circonstances des contacts (durée et fréquence du contact, existence ou non de mesures de protection pour les professionnels de santé...)

.....

.....

.....

.....

.....

4 ANTECEDENTS MEDICAUX, FACTEURS DE RISQUE ET VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

- | | |
|---|--|
| Aucun antécédent médical | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |
| Pathologie respiratoire chronique, précisez : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |
| Pathologie cardiovasculaire, précisez : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |
| Pathologie rénale chronique, précisez : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |
| Obésité | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |
| Diabète | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |
| Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |
| Autre immunodépression, précisez : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) comorbidité(s), précisez : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |
| Grossesse en cours, précisez le terme : | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> |

Commentaires sur les antécédents médicaux :

.....

.....

.....

Vaccination contre la grippe saisonnière pour la dernière saison hivernale ?

Si oui, précisez la date de la vaccination : ____/____/____

Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

5 CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Si la personne est un **cas confirmé**, préciser la date de début des signes cliniques : ____/____/____

Si la personne est **co-exposée et/ou contact** d'un cas confirmé, a-t-elle présenté des signes cliniques depuis le premier contact / la première (co-)exposition et au cours des 10 jours suivant le dernier contact / la dernière (co-)exposition ? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Si oui : Date d'apparition des premiers signes : ____/____/____

Signes cliniques (Précisez la date d'apparition si différente de la date d'apparition des premiers signes) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre, précisez :°C ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Signes gastro-intestinaux ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Syndrome fébrile (frissons, sueurs) sans fièvre mesurée ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Toux ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Asthénie / fatigue / malaise ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Dyspnée ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Myalgies / courbatures ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire anormale ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Céphalées ____/____/____ | <input type="checkbox"/> SDRA ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Rhinorrhée ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Signes d'atteinte du système nerveux central ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Conjonctivite ou autre symptôme oculaire ____/____/____ | Précisez : |

☐ Autres signes cliniques _____
Précisez :

Cas d'infection respiratoire aiguë sans étiologie connue rapporté(s) dans l'entourage, en cours ou récemment ?

Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

6 SUIVI DES PRELEVEMENTS

PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE N°1 :

Nom du laboratoire :

Date du prélèvement : ____/____/____

Résultats d'analyses du laboratoire :

<input type="checkbox"/> RT-PCR grippe	Date : ____/____/____	Résultat : <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP	Technique : Ct : ...
<input type="checkbox"/> RT-PCR grippe A	Date : ____/____/____	Résultat : <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP	Technique : Ct : ...
<input type="checkbox"/> RT-PCR grippe B	Date : ____/____/____	Résultat : <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP	Technique : Ct : ...
<input type="checkbox"/> RT-PCR H1	Date : ____/____/____	Résultat : <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP	Technique : Ct : ...
<input type="checkbox"/> RT-PCR H3	Date : ____/____/____	Résultat : <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> NSP	Technique : Ct : ...

Date d'envoi du prélèvement au CNR : ____/____/____

CNR en charge des analyses : ☐ CNR Nord ☐ CNR Sud ☐ CNR La Réunion ☐ CNR Guyane

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

Résultats du CNR : Grippe zoonotique ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé Date : ____/____/____

Si positif grippe zoonotique : ☐ Influenza aviaire ☐ Influenza porcine

Précisez le sous-type identifié :

Préciser le clade identifié :

Méthode(s) utilisée(s) : ☐ RT-PCR ☐ Séquençage

PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE N°2 :

Nom du laboratoire :

Date du prélèvement : ____/____/____

Date d'envoi du prélèvement au CNR : ____/____/____

CNR en charge des analyses : ☐ CNR Nord ☐ CNR Sud ☐ CNR La Réunion ☐ CNR Guyane

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

Résultats du CNR : Grippe zoonotique ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé Date : ____/____/____

Si positif grippe zoonotique : ☐ Influenza aviaire ☐ Influenza porcine

Précisez le sous-type identifié :

Préciser le clade identifié :

Méthode(s) utilisée(s) : ☐ RT-PCR ☐ Séquençage

SEROLOGIE EFFECTUEE : Oui ☐ Non ☐

CNR procédant aux analyses sérologiques (si différent de celui qui a fait le diagnostic) :

☐ CNR Nord ☐ CNR Sud ☐ CNR La Réunion ☐ CNR Guyane

PRELEVEMENT SERUM N°1 :

Date du 1^{er} prélèvement : ____/____/____

Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconclusif Titre : Date du résultat : ____/____/____

PRELEVEMENT SERUM N°2 :

Date du 2^{ème} prélèvement : ____/____/____

Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconclusif Titre : Date du résultat : ____/____/____

AUTRE PRELEVEMENT :

Nom du laboratoire :

Date du prélèvement : ____/____/____

Nature du prélèvement : ☐ Naso-pharyngé ☐ Respiratoire profond (crachat induit, LBA)
☐ Conjonctival ☐ Autre, préciser :

Date d'envoi du prélèvement au CNR : ____/____/____

CNR en charge des analyses : ☐ CNR Nord ☐ CNR Sud ☐ CNR La Réunion ☐ CNR Guyane

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

Résultats du CNR : Grippe zoonotique ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé

Date : ____/____/____

Si positif grippe zoonotique : ☐ Influenza aviaire ☐ Influenza porcine

Précisez le sous-type identifié :

Préciser le clade identifié :

Méthode(s) utilisée(s) : ☐ RT-PCR ☐ Séquençage

7 CONFIRMATION DE L'INFECTION PAR UN VIRUS INFLUENZA ZONOTIQUE

Classements intermédiaires et définitif :

☐ **Cas possible** de grippe zoonotique Date : ____/____/____

☐ **Cas probable** de grippe zoonotique Date : ____/____/____

☐ **Cas confirmé** de grippe zoonotique Date : ____/____/____

☐ **Cas exclu** de grippe zoonotique : Date : ____/____/____

8 ORIENTATION DE LA PERSONNE ET MESURES DE CONTROLE DU RISQUE DE TRANSMISSION SECONDAIRE

Prescription d'un traitement antiviral ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si oui, précisez :

Date de début du traitement par antiviraux : ____/____/____ Date d'arrêt du traitement : ____/____/____

Hospitalisation ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

Si la personne est hospitalisée, date d'admission : ____/____/____

Précisez le type de service : ☐ Médecine /maladies infectieuses ☐ Soins intensifs/continus ☐ Réanimation

Nom de l'hôpital : Ville : Code postal :

Nom, service et coordonnées du médecin référent :

Préciser le type de traitements additionnels éventuels :

	Date de début	Date de fin
Ventilation non invasive	____/____/____	____/____/____
Ventilation invasive	____/____/____	____/____/____
ECMO	____/____/____	____/____/____
Hémodialyse	____/____/____	____/____/____
Autre : Précisez	____/____/____	____/____/____

Si la personne n'est pas hospitalisée, les messages de prévention du risque de transmission secondaire lui ont-ils été transmis (isolement à domicile pendant 10 jours après la date de début des signes, port du masque en cas de contacts, gestes barrières) ? ☐ Oui ☐ Non ☐ NSP

9 EVOLUTION DU CAS CONFIRMÉ

Evolution (virologique et/ou clinique) intermédiaire éventuelle :

Date de suivi Evénements rapportés (modification clinique : dégradation de l'état général, admission en réanimation, virologique. et commentaires (contacts, autres...))

____/____/____

.....

____/____/____

.....

____/____/____

____/____/____

____/____/____

.....

.....

.....

Evolution finale du patient : Date : ____/____/____

☐ Guérison clinique

☐ Décès, précisez la cause du décès :

☐ Inconnue

10

IDENTIFICATION DES PERSONNES-CONTACTS ET/OU CO-EXPOSEES EN CAS DE CONFIRMATION DE L'INFECTION DE LA PERSONNE INTERROGEE

Le cas a-t-il eu un (des) contact(s) étroit(s)* à partir de 48h avant et jusqu'à 10 jours après la date de début de ses signes ? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

* Cf. définition d'une personne-contact dans la conduite à tenir grippe zoonotique de SpF ;

Date du dernier contact / de la dernière exposition	Coordonnées de la personne contact et / ou co-exposée (Nom, prénom, lien avec le cas, adresse complète, téléphone, email)	Circonstances de l'exposition (notamment existence ou non de mesures de protection pour les professionnels de santé)
<div>____/____/____</div>		
<div>____/____/____</div>		
<div>____/____/____</div>		
<div>____/____/____</div>		
<div>____/____/____</div>		

<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		
<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>		

Ce questionnaire sera détruit après saisie dans Voozanoo.