

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 précédent 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) :

Débécage Dégriffage 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 précédent 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 précédent la confirmation :

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

Si oui, préciser :

Type de protections

Jamais

Fréquence d'utilisation

Parfois

Régulièrement

Systématiquement

Vêtements spécifiques

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) :

Porcs Bovins Equins Chats Autres félins
 Chiens Furets, visons 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 :

Rare (<3 fois pendant la période) Souvent (>3 fois mais de façon non 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			
	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 Non NSP
Pathologie respiratoire chronique, précisez : Oui Non NSP
Pathologie cardiovasculaire, précisez : Oui Non NSP
Pathologie rénale chronique, précisez : Oui Non NSP
Obésité Oui Non NSP
Diabète Oui Non NSP
Traitement immunosupresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.) Oui Non NSP
Autre immunodépression, précisez : Oui Non NSP
Autre(s) comorbidité(s), précisez : Oui Non NSP
Grossesse en cours, précisez le terme : Oui Non NSP

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 : | |

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 porcin

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 porcin

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 porcin

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 ZOONOTIQUE

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 :

Ventilation non invasive Date de début ____/____/____ Date de fin ____/____/____

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)
____/____/_____ ____/____/_____ ____/____/_____		

____/____/____		
/____/____		

Ce questionnaire sera détruit après saisie dans Voozanoo.