

INFECTION A MERS-CORONAVIRUS (MERS-COV) QUESTIONNAIRE D'UN SUJET CONTACT OU D'UN CO-EXPOSE

Ce questionnaire est destiné au sujet contact d'un cas confirmé symptomatique et au co-exposé (= personne ayant présenté une (des) exposition(s) à risque d'infection à MERS-CoV commune(s) avec le cas confirmé, sans nécessairement avoir eu des contacts étroits avec le cas confirmé).

Si contact, celui-ci doit avoir été étroit, en face à face <1 mètre, ou dans le cadre d'un soin en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact).

La définition précise d'un sujet contact d'un cas confirmé sera définie en fonction de la situation.

Si le sujet contact est un personnel de santé exerçant en établissement de santé, utiliser la fiche dédiée.

Identifiant du sujet :
Départ. N° d'inclusion

Identifiant du cas confirmé :
en lien avec le sujet (donnée InVS)

Enquêteur :

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

Sujet contact

co-exposé

1. Identifiants et coordonnées utiles

Nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : ___/___/____ ou âge : |__|__| (années)

Adresse du domicile en France :

Commune : Code Postal : /_____/

Tel domicile : Tel portable : Profession :

Médecin traitant : Nom : Prénom : Tel :

Adresse : Code Postal : /_____/ Commune :

2. Terrain et antécédents médicaux du sujet contact ou d'un co-exposé de cas confirmé

Aucun antécédent	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Cardiopathie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Pathologie respiratoire chronique	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"/>
Pathologie rénale chronique	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"/>		
Grossesse en cours	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Autre immunodépression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :	

3. Circonstances des contact(s) / de(s) co-exposition(s) avec le cas confirmé

Nature du lien avec le cas confirmé

- Conjoint
 Autre personne vivant sous le même toit
 Personnel soignant non hospitalier (médecin traitant, infirmière, kiné etc...), **Si personnel hospitalier, remplir fiche dédiée**
 Voisins, collègues de travail
 co-voyageur, même groupe de voyage
 Autres, précisez :

Résidence, travail ou retour d'une zone à risque MERS-CoV *

*Zone à risque : se référer à la définition de cas disponible sur le site de l'InVS

Oui Non NSP

Si Oui, Pays Date d'arrivée Date de départ N° de vol retour & aéroport d'arrivée

..... ___/___/____ ___/___/____

..... ___/___/____ ___/___/____

Pour tout sujet contact / d'un co-exposé d'un cas confirmé

Souhaitez-vous participer à une éventuelle étude de séroprévalence MERS-CoV ?

Oui Non NSP

4. Apparition de signes cliniques évocateurs d'infection (depuis dernier contact avec le cas confirmé ou depuis retour de zone affectée MERS-CoV du co-exposé du cas confirmé)

D0 = date du dernier contact avec le cas confirmé symptomatique pour un sujet contact
ou date du retour d'une zone affectée MERS-CoV pour un co-exposé : ____/____/____

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 = asthénie / fatigue ; Ma = malaise ; My = myalgies / courbatures ; T = toux ; Dy = dyspnée ; SDRA = syndrome de détresse respiratoire aiguë ; Dh = diarrhée ; V = vomissements ; Da = douleurs abdominales ; Au = autre signe.

5. Classement du sujet contact ou du co-exposé d'un cas confirmé

Date du classement : ____/____/____ Cas possible Absence de signes cliniques évocateurs

A noter : incitation à l'auto-exclusion du don de sang pendant les 28 jours après le dernier contact avec le cas confirmé (exclusion du don de sang dans les 28j après le retour de la zone affectée)

Si classement en cas possible, noter ici le numéro du cas possible attribué par l'InVS :

--	--	--	--	--	--	--	--

 Départ. N° d'inclusion

Si classement en cas possible

- Compléter la fiche 1 du fait de l'apparition de signes / symptômes évocateurs d'infection à MERS-CoV,
- Si le cas possible est sujet contact du cas confirmé, compléter la section 6
- Si le cas possible est un co-exposé du cas confirmé, compléter la section 7

Pour tout cas possible sujet contact d'un cas confirmé pour MERS-CoV

6. Chronologie et circonstances du (des) contact(s) avec le cas confirmé pour MERS-CoV

a. Chronologie des contacts avec le cas confirmé pour MERS-CoV

J0 = date de début des signes du cas confirmé ____/____/____ Cocher ci-dessous si contact à la date spécifiée

J-3	J-2	J-1	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...	J ...
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Date et circonstance(s) du dernier contact avec le cas confirmé symptomatique pour MERS-CoV

Date du dernier contact	Circonstances de l'exposition (notamment existence ou non de mesures de protection pour les professionnels de santé)
____/____/____

Pour tout cas possible co-exposé d'un cas confirmé pour MERS-CoV

7. Chronologie et circonstances de l'exposition (activités, contacts avec des animaux, expositions à l'eau et aliments pendant le voyage) **(complétez de 7A à 7D)**

7A. Activités réalisées lors du voyage

Date	Activités	A participé			Commentaires
		Oui	Non	NSP	
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7B. Contacts directs avec des animaux						
Espèce animale	Date	Oui	Non	NSP	Lieu	Circonstances (touché, caressé ...)
Dromadaires (sauvages/ marché)	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chèvres	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moutons	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oiseaux sauvages	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volaille	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rongeurs	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chauve-souris	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez (domestique, sauvage, élevage) :	__/__/__	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7C. Consommation d'aliments						
Aliment	Oui	Non	NSP	Consommation		
				répétée ?	ponctuelle (1 fois)?	
				si oui, cochez	Si ponctuelle, précisez lieu et date	
Eau non embouteillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salades composées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crudités, précisez : - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viande peu cuite (dromadaire, bœuf, agneau, mouton, chèvre, poulet, abats, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viande séchée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poissons et crustacés - -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fromage (frais, sec, brebis, chèvre, chamelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fruits frais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fruits secs (dattes, raisins, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7D. En dehors de la toilette, avez-vous été en contact avec de l'eau ou été exposé(e) à des aérosols ?					
Type de contact avec l'eau	Oui	Non	NSP	Date	Lieu, circonstances
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Hamam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Bain à remous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Fontaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__
Pipe à eau/narguilé/chicha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__