



**Partie 2 : Questionnaire de suivi du personnel hospitalier sujet contact d'un cas confirmé pour MERS-CoV**

Enquêteur en charge du suivi du personnel sujet contact : nom: ..... Tel : .....

Médecin du travail  Autre  précisez fonction: .....

Date du 1er entretien avec le personnel hospitalier - sujet contact- du cas confirmé: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**5. Antécédents médicaux du personnel hospitalier -sujet contact- d'un cas confirmé pour MERS-CoV**

Aucun antécédent Oui  Non  NSP  Cardiopathie Oui  Non  NSP   
 Pathologie respiratoire chronique Oui  Non  NSP  Obésité Oui  Non  NSP   
 Pathologie rénale chronique Oui  Non  NSP  Diabète Oui  Non  NSP   
 Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.) Oui  Non  NSP   
 Grossesse en cours Oui  Non  NSP  Autre immunodépression Oui  Non  NSP   
 Autres Oui  Non  NSP  Si oui, précisez : .....

**6. Signes évocateurs d'infection depuis le dernier contact hospitalier avec le cas confirmé pour MERS-CoV**

Oui  Non  NSP  Si Oui, préciser les signes cliniques dans le tableau ci-dessous, à l'aide des codes mentionnés en infra.

**D0** = date du dernier contact avec le cas symptomatique confirmé à MERS-CoV : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Important : si signes / symptômes évocateurs d'infection à MERS-CoV permet le classement du personnel hospitalier en cas possible, compléter la **section 7**, ci-dessous, interrompre le suivi, suivre la procédure de signalement d'un cas possible et remplir une **fiche 1***

	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 ; 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.

**Si personnel hospitalier -sujet contact- est symptomatique, coordonnées de son médecin traitant :**

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....  
 Adresse : ..... Code Postal : /\_\_\_\_\_ / Commune : .....

**7. Classement du personnel hospitalier -sujet contact- d'un cas confirmé pour MERS-CoV**

Date du classement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Cas possible  Fin de suivi

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 du fait de l'apparition de signes / symptômes évocateurs d'infection à MERS-CoV, suivre la procédure de signalement d'un cas possible et remplir une **fiche 1**.*

Précisez le motif de fin de suivi : .....  
*Important : inciter à l'auto-exclusion du don de sang pendant les 28 jours après le dernier contact avec le cas confirmé.*

**Pour tout personnel hospitalier sujet contact d'un cas confirmé**

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

Passer à la partie trois sur la documentation de la chronologie et les circonstances des contacts (volet optionnel)

**Partie 3 : Questionnaire de suivi du personnel hospitalier sujet contact d'un cas confirmé pour MERS-CoV****8. Chronologie et circonstances 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	<b>J0</b>	J+1	J+2	J+3	J+4	J+5	J+6	J+7	J+8	J+9	J+10
<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+...
<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"/>

**Circonstance(s) des principaux contacts avec le cas confirmé symptomatique pour MERS-CoV**

- A. Soins directs au patient lors d'une procédure génératrice d'aérosol  
 B. Soins directs au patient sans génération d'aérosol ou contact en face à face sans soins pendant une durée cumulée  $\geq 15$  mn  
 C. Présence dans la chambre du patient lors d'une procédure génératrice d'aérosol  
 D. Présence dans la chambre du patient sans génération d'aérosol  
 E. Autre type de contact (préciser)

Date	Circonstances
___/___/_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E, préciser : ..... Port d'un masque chirurgical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
___/___/_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E, préciser : ..... Port d'un masque chirurgical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
___/___/_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E, préciser : ..... Port d'un masque chirurgical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
___/___/_____	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E, préciser : ..... Port d'un masque chirurgical ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non