

# QUESTIONNAIRE GRIPPE ZOONOTIQUE

## VOLET 2 : CAS PROBABLE / CONFIRME /

### PERSONNE-CONTACT / PERSONNE CO-EXPOSEE

#### Conduite à tenir en cas de suspicion de grippe zoonotique (CAT)

A compléter par la cellule régionale de Santé publique France en lien avec l'ARS (une personne = un volet 2) :

- **Pour tout cas probable ou confirmé de grippe zoonotique** détecté dans le cadre de la CAT grippe zoonotique
- En cas de confirmation du cas, **pour chacune de ses personnes co-exposées et/ou contacts**

*Si une personne-contact ou co-exposée d'un cas confirmé est par la suite classée cas confirmé à son tour au cours de l'investigation, le même volet 2 sera utilisé pour collecter les informations relatives à son infection.*

La personne enquêtée est (plusieurs réponses possibles) :

- ☐ **Cas probable ou confirmé de grippe zoonotique**
- ☐ **Personne-contact d'un cas confirmé de grippe zoonotique**
- ☐ **Personne co-exposée d'un cas confirmé de grippe zoonotique**

Si **cas probable ou confirmé**, numéro d'identification de la personne (Id Cas) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Si **personne-contact et / ou personne co-exposée d'un cas confirmé** :

- Numéro d'identification du cas confirmé index (Id Cas) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_
- Numéro d'identification de la personne (Id Cas-00X) : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

## 1 ENQUÊTEUR

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 au sein d'une structure où un foyer d'influenza zoonotique a été confirmé au cours des 8 jours précédant la confirmation du foyer ?** Oui ☐ Non ☐

Si oui, profession exercée dans cette structure :

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

**A – Exposition du cas probable ou confirmé et des personnes co-exposées à des animaux ou un environnement confirmé(s) ou suspecté(s) d'infection par un virus influenza zoonotique (dans les 10 jours qui ont précédé la date de début des signes cliniques du cas probable ou confirmé)**

**Date de suspicion/confirmation d'infection du/des animaux par un virus influenza zoonotique : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Exposition à risque dans les 10 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques du cas probable ou confirmé :**

	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	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> 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	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> Contact direct avec un/des oiseaux(x) ou mammifère(s) sauvage(s) malade(s) ou trouvé(s) mort(s)	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> Fréquentation pendant au moins 15 minutes d'un lieu confiné où des animaux infectés par un virus influenza aviaire/porcin ont séjourné	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> Contact direct avec du matériel ou une surface d'un foyer confirmé d'influenza aviaire/porcin	____/____/____	____/____/____
<input type="checkbox"/> Contact direct avec un prélèvement ou tout autre matériel biologique contaminé par un virus influenza aviaire/porcin	____/____/____	____/____/____

☐ Aucune exposition à risque

**Type d'animaux auxquels la personne a été exposée dans les 10 jours précédant la date de début des signes du cas probable / confirmé (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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Avec quelle espèce d'animaux 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 : \_\_\_\_\_

**Précisez le type de contact avec les animaux :**

☐ Direct (manipulation d'animaux)  
☐ Indirect (fréquentation d'un bâtiment où les animaux ont été hébergés, manipulation d'outils, etc.)

**Description des contacts avec les animaux durant les 10 jours avant la date de début des signes du cas probable / confirmé :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

À quelle fréquence (maximale) la personne a-t-elle eu des contacts (directs ou indirects) avec ces animaux durant les 10 jours précédant la date de début des signes du cas probable / confirmé :

- ☐ 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 dans les 10 jours précédant la date de début des signes du cas probable / confirmé :

Port d'équipements de protection individuelle dans les 10 jours précédant la date de début des signes du cas probable / confirmé et depuis : ☐ 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 des porcs ou tout autre mammifère

Date du dernier contact avec les animaux : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

- ☐ Porcs    ☐ Bovins    ☐ Equins    ☐ Chats    ☐ Autres félins  
☐ Chiens    ☐ Furets, visons    ☐ Autres, préciser : .....

Précisez le type de contact avec les animaux :

- ☐ Direct (manipulation d'animaux)  
☐ Indirect (fréquentation d'un bâtiment où les animaux ont été hébergés, manipulation d'outils, etc.)

Description des contacts avec les animaux durant les 10 jours avant la date de début des signes du cas probable / confirmé :

.....  
.....  
.....  
.....

A quelle fréquence (maximale) la personne a eu des contacts (directs ou indirects) avec ces animaux durant les 10 jours avant la date de début des signes du cas probable / confirmé :

- ☐ 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 dans les 10 jours précédant la date de début des signes du cas probable / confirmé : .....

**Port d'équipements de protection individuelle dans les 10 jours précédant la date de début des signes du cas probable / confirmé et depuis :** ☐ 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<sup>er</sup> 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...)

.....

.....

.....

.....

.....

#### C – Exposition à des prélèvements ou matériel biologiques contaminés par un virus influenza porcine ou aviaire

☐ Oui ☐ Non

**Date d'exposition** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Décrire les circonstances de l'exposition** (nature du prélèvement ou matériel biologique, etc...) :

.....

.....

.....

.....

4

#### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, 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 CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES**

Si la personne est cas probable ou 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 : .....	
		<input type="checkbox"/> Autres signes cliniques	____/____/____
		Précisez : .....	

**Cas d'infection respiratoire aiguë sans étiologie connue** rapporté(s) dans l'entourage, en cours ou récemment (dans les 14 derniers jours)? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

**6 SUIVI DES PRÉLÈVEMENTS**

**PRÉLÈVEMENT NASO-PHARYNGÉ 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

## PRÉLÈVEMENT NASO-PHARYNGÉ 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

SÉROLOGIE EFFECTUÉE : 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

## PRÉLÈVEMENT SERUM N°1 :

Date du 1<sup>er</sup> prélèvement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconclusif Titre : ..... Date du résultat : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PRÉLÈVEMENT SERUM N°2 :

Date du 2<sup>ème</sup> prélèvement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconclusif Titre : ..... Date du résultat : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conclusion des analyses sérologiques : ☐ Séroconversion ☐ Absence de séroconversion ☐ Inconclusif

## AUTRE PRÉLÈVEMENT :

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 CLASSEMENTS INTERMÉDIAIRES ET DÉFINITIF DU CAS

☐ 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 CONTRÔLE 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-EXPOSÉES EN CAS DE CONFIRMATION DE L'INFECTION DE LA PERSONNE INTERROGÉE

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)
____/____/____		
____/____/____		

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 4.