

INFECTION A VIRUS AVIAIRE

QUESTIONNAIRE D'UN SUJET CONTACT OU D'UN CO-EXPOSE - FICHE 2

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 virus aviaire 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, non protégé, 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.

Identifiant du sujet : |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|
Départ. N° d'inclusion

Identifiant du cas confirmé : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
en lien avec le sujet (donnée Santé publique France)

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...),
- Voisins, collègues de travail
- Co-voyageur, même groupe de voyage
- Autres, précisez :

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

*Zone à risque : se référer à la définition de cas disponible sur le site de Santé publique France

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?**Oui Non NSP **4. Apparition de signes cliniques évocateurs d'infection (depuis dernier contact avec le cas confirmé ou depuis retour de zone affectée du co-exposé du cas confirmé)**

D0 = date du dernier contact non protégé avec le cas confirmé symptomatique pour un sujet contact
ou date de retour d'une zone affectée (ou du dernier contact non protégé avec un élevage infecté) 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 ; C=conjonctivite, 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

Si classement en cas possible, noter ici le numéro du cas possible attribué par Santé publique France : |__|__|__|
|__|__|__|

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 Grippe aviaire,
- 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 Grippe aviaire**6. Chronologie et circonstances du (des) contact(s) avec le cas confirmé de grippe aviaire****a. Chronologie des contacts avec le cas confirmé de grippe aviaire****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 de grippe aviaire

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 grippe aviaire

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. Si exposition hors de France, 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"/>

7B. Contacts directs avec des animaux						
Espèce animale	Date	Oui	Non	NSP	Lieu	Circonstances (touché, caressé ...)
Oiseaux sauvages	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volaille	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marché d'oiseaux	___/___/___	<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"/>	
Viande de volaille crue	<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"/>	