

## Grippe aviaire

### QUESTIONNAIRE CAS SUSPECT/ POSSIBLE/CONFIRME - FICHE 1

#### 1. Signalement

Date du signalement : /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ Identifiant du cas /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Nom de la personne effectuant le signalement : .....

Etablissement : ..... Service : .....

Ville : ..... Département : .....

Téléphone ..... Email : .....

Nom et coordonnées de la personne ayant reçu le signalement : .....

Région : .....

Téléphone : .....

#### 2. Identifiants du patient

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ou âge : |\_\_|\_| (années) ou en (mois) |\_\_|\_|

Adresse du domicile en France : .....

Commune : ..... Code Postal : /\_\_\_\_\_/

Tel domicile : ..... Tel portable : ..... Profession : .....

#### 3. Expositions dans les 10 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques

**A - Séjour ou transit** dans une zone considérée à risque\* Oui  Non  NSP 

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

**Si oui, Précisez :** Pays/Dépt Date d'arrivée Date de départ Vol n° / Aéroport

..... /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ .....

..... /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ .....

Type de séjour /voyage : Résidence  Tourisme  Travail  Escale  Famille (visite)  Autre 

Précisez : .....

**B - Contact étroit\*\*** avec un cas possible ou confirmé de grippe aviaire pendant sa phase symptomatique Oui  Non  NSP 

\* contact étroit, en face à face à moins d'1 mètre ou dans le cadre du soin en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact)

Si oui, précisez .....

Date de dernière exposition à ce cas possible ou confirmé : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Identifiant de ce cas |\_\_|\_|\_|\_|\_|

**C –Contact proche et non protégé avec des volailles et autres oiseaux** (contact avec plumes et déjection, consommation de viande peu cuite, visite de marchés d'oiseaux vivants, élevage, abattoir gavage ...) Oui  Non  NSP 

Si oui, précisez, le type de contact .....

.....

Date du dernier contact /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**D – Cas lié à une situation de cas groupés d'infection respiratoire aigüe grave hospitalisée** Oui  Non  NSP 

Si oui, précisez, lieu et nombre de personnes symptomatiques et symptômes .....

.....

#### 4. Dans l'entourage du cas

Y a-t-il (des) personne(s) également symptomatique(s)? Oui  Non  NSP Si oui précisez : Conjoint  Autre personne vivant sous le même toit  Voisins, collègues de travail  Autres

### 5. Terrain et antécédents médicaux du cas (pathologie chronique / immunodépression)

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 : .....	

### 6. Caractéristiques cliniques du cas suspect

Date du début des signes cliniques : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signes cliniques au moment du signalement** (Cocher les cases correspondantes et préciser les dates d'apparition)

<input type="checkbox"/> Fièvre, précisez : .....°C ___/___/___	<input type="checkbox"/> Syndrome fébrile sans fièvre objectivée ___/___/___
<input type="checkbox"/> Frissons ___/___/___	<input type="checkbox"/> Toux ___/___/___
<input type="checkbox"/> Sueurs ___/___/___	<input type="checkbox"/> Dyspnée ___/___/___
<input type="checkbox"/> Asthénie / fatigue / malaise ___/___/___	<input type="checkbox"/> SDRA ___/___/___
<input type="checkbox"/> Myalgies / courbatures ___/___/___	<input type="checkbox"/> Diarrhée ___/___/___
<input type="checkbox"/> Céphalées ___/___/___	<input type="checkbox"/> Conjonctivite ___/___/___
<input type="checkbox"/> Autres signes cliniques Préciser : .....	
<input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire anormale	
<input type="checkbox"/> Tableau clinique sévère. Précisez : .....	

**Autres étiologies recherchées**  oui  non Si oui, précisez lesquelles et résultats : .....

**Éléments biologiques éventuels** : .....

**Commentaires** : .....

### 7. Critères et classement du cas

#### Critères

Tableau clinique compatible Oui  Non

Zone à risque fréquentée Oui  Non

Exposition spécifique (contact avec oiseaux/volaille ou avec un cas confirmé) Oui  Non

Exposition à risque dans les 10 jours qui précèdent la date de début des signes Oui  Non

#### Classement

Date du classement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cas possible  Cas exclu

### Si classement en cas possible, continuer la suite du questionnaire

#### 8. Identification des contacts

Le cas possible a-t-il eu un (des) contact(s) étroit(s)\* depuis la date de début de ses signes ? Oui  Non  NSP

Si oui précisez le contexte et Nom et coordonnées d'un contact proche : .....

Téléphone : .....

Si séjour dans la zone à risque, le cas possible a-t-il voyagé ? Accompagné  En groupe

Nom et coordonnées de l'agence de voyage : .....

\* contact étroit, en face à face à moins d'1 mètre ou lors d'un soin en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact)

### 9. Orientation du patient et mesures de contrôle

Hospitalisation en médecine /maladies infectieuses

Hospitalisation en réanimation

Si hospitalisation, nom et lieu de l'hôpital : .....

Nom, service et coordonnées du médecin référent : .....

Mesures de protection autour du cas Oui  Non  NSP

Si oui précisez : .....

Date de mise en place des mesures de protection : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prise d'antiviraux Oui  Non  NSP

Type d'antiviraux : ..... Date de début du traitement par antiviraux : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 10. Suivi des prélèvements du cas possible

Nom du laboratoire du CNR réalisant les analyses : .....

Type de prélèvement

Profond : crachat induit, LBA, etc

Naso/ Rhinopharyngé

Date du prélèvement \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de réception au CNR \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Résultat  Positif grippe aviaire  
 Négatif  
 indéterminé

Si positif grippe aviaire,  
 A(H5N1)   
 A(H7N9)   
 Autres : .....

Type de prélèvement

Profond : crachat induit, LBA, etc

Naso/ Rhinopharyngé

Date du prélèvement \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de réception au CNR \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Résultat  Positif grippe aviaire  
 Négatif  
 indéterminé

Si positif grippe aviaire,  
 A(H5N1)   
 A(H7N9)   
 Autres : .....

#### Résultats pour autres étiologies

Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/> A(H3N2)	<input type="checkbox"/> A(H1N1)	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Rhinovirus	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait		
Métapneumovirus	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait		
Virus respiratoire syncytial (VRS)	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait		
Virus para-influenzae (PIV)	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait		

Autres, précisez : .....

### 10. Classement du cas possible

Date du classement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cas confirmé  **Si cas confirmé, passer à la section 11**

Cas exclu  Précisez le motif d'exclusion : .....

Commentaires : .....

