

Infection due au nouveau Coronavirus SARS-CoV-2 Questionnaire CAS POSSIBLE / CONFIRME

Identifiant du signalant _____ Date du signalement ____/____/____ Numéro du cas _____

Nom de la personne effectuant le signalement :

Organisme :

Dépt. : |__|__| Téléphone : Email :

1- Identité du patient

Nom : Prénom :

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

Adresse du domicile en France :

Commune : Code Postal : /_____/

Tel domicile : Tel portable : Profession :

Médecin traitant : Nom : Prénom : Tel :

Adresse : Code Postal : /_____/ Commune :

Date du début des signes cliniques : ____/____/____

2- Expositions à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques

A - Séjour ou transit dans la zone à risque¹ Oui Non

Le cas réside habituellement dans la zone à risque : Oui Non

Si non, dates de séjour dans la zone à risque : du /_____/ au /_____/

Villes visitées dans la zone à risque :

Arrivée sur le territoire français

Date d'arrivée en France /_____/ Lieu d'entrée en France.....

Moyens de transport pour le voyage de la zone à risque vers la France :

Numéro(s) de vol ou de train /_____/

Parcours en France

Villes visitées en France

Date d'arrivée ville 1 : /_____/ Moyens de transport : Numéro(s) de vol ou de train /_____/

Date d'arrivée ville 2 : /_____/ Moyens de transport : Numéro(s) de vol ou de train /_____/

¹ Se référer à [la définition de cas sur le site de Santé publique France](#)

B1- Contact étroit² avec un cas confirmé d'infection à SARS-CoV-2 pendant sa phase symptomatique

² Un contact étroit est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats

Oui Non NSP

Si oui, précisez la nature de l'exposition

Date ou période d'exposition à ce cas confirmé¹ : /_____/

Identifiant de ce cas si suivi/identifié en France : /_____/

B2 – Personne co-exposée symptomatique, définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (c'est-à-dire un séjour / voyage dans la zone à risque¹) qu'un cas confirmé¹

Oui Non NSP

Si oui : Précisez

Date : /_____/

E- Autre critère ayant conduit au classement en cas possible :

Oui Non NSP

Si oui, préciser :

3- Terrain et antécédents médicaux du cas (pathologie chronique / immunodépression)

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"/>
Grossesse en cours	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	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 :	

4- Caractéristiques cliniques du cas à l'admission

Signes cliniques à l'admission (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"/> Asthénie / fatigue / malaise	<input type="checkbox"/> Toux
<input type="checkbox"/> Myalgies / courbatures	<input type="checkbox"/> Dyspnée
<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> SDRA (à reporter dans la section 7)
<input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire anormale	<input type="checkbox"/> Diarrhée
<input type="checkbox"/> Autres signes cliniques	Préciser :
<input type="checkbox"/> Critères de gravité. Précisez :

Saturation O2 : ___/___/% Fréquence respiratoire :

Examens radiologiques

Radiographie du thorax Date de réalisation : ___/___/____

Normale Anormale Si anormale, précisez :

Scanner thoracique Date de réalisation : ___/___/____

Normale Anormale Si anormale, précisez :

5- Diagnostic**Date du/des prélèvements 1** : /_____/

Laboratoire effecteur :

Type d'échantillons : nasopharyngé / crachat induit ou LBA / sanguin / selles ou écouvillon rectal

Test réalisé : PCR /sérologie

Résultats : positif / Négatif / Douteux

Si positif : nombre de cibles PCR positive /___/ Nombre de CT : /___/

Date du/des prélèvements 2 : /_____/

Laboratoire effecteur :

Type d'échantillons : nasopharyngé / crachat induit ou LBA / sanguin / selles ou écouvillon rectal

Test réalisé : PCR /sérologie

Résultats : positif / Négatif / Douteux

Si positif : nombre de cibles PCR positive /___/ Nombre de CT : /___/

Date du/des prélèvements 3 : /_____/

Laboratoire effecteur :

Type d'échantillon : nasopharyngé / crachat induit ou LBA / sanguin / selles ou écouvillon rectal

Test réalisé : PCR /sérologie

Résultats : positif / Négatif / Douteux

Si positif : nombre de cibles PCR positive /___/ Nombre de CT : /___/

Autres causes virales recherchées Oui Non

Si oui :

Virus Influenza A Virus Influenza B Rhinovirus Métagneumovirus VRS Virus Para- Influenza Coronavirus saisonnier Sars CoV Mers CoV

Autre, préciser

Date du classement : ___/___/_____ **Cas confirmé** **Cas exclu**

Commentaires :

6- Hospitalisation

Date d'hospitalisation initiale: / _____ /

Date de sortie finale : / _____ /

Service et hôpital 1 :

Date de mutation vers le 2^e service : / _____ /

Service et hôpital 2 :

Date de mutation vers le 3^e service: / _____ /

Service et hôpital 3 :

Date de mutation vers le 4^e service: / _____ /

Service et hôpital 4 :

7- Eléments de gravité - ComplicationsPassage en réanimation Oui Non Sepsis Oui Non SDRA (classé selon les critères de Berlin) Oui Non Date de survenue : ___/___/_____Défaillance multiviscérale Oui Non Ventilation Oui Non Type de ventilation VNI / Oxygénothérapie à haut débit Ventilation invasiveAssistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R) Oui Non **8- Evaluation finale**Evolution finale Guérison Retour à domicile, date / _____ / Transfert (soins de suite, long séjour), date / _____ / Décès, date : / _____ /

Cause de décès : :