

**Infection à MERS-Coronavirus (MERS-CoV)  
Cas confirmé : informations complémentaires Fiche 3**

Si le cas est confirmé, en complément des fiches 1 et 2 renseigner les items de la fiche 3 et les questionnaires des contacts et co-exposés disponibles sur le [site de Santé publique France](#)

**Signalement**

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

**13 – Si séjour du patient ou transit dans une zone considérée à risque :**  
Renseigner les items des sections ci-dessous qui concernent ses activités, ses contacts animaux et ses consommations pendant les 14 jours précédant la date de début des signes

Nom, qualité et coordonnées téléphoniques de la personne répondant à la section 13: .....

**13A. Activités réalisées lors du voyage pendant les 14 jours précédant la date de début des signes**

	Date	Activités	A participé			Commentaires
			Oui	Non	NSP	
J-14	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-13	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-12	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-11	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-10	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-9	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-8	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-7	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-6	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-5	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-4	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-3	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-2	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
J-1	/_____/	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

Date de début des signes: /\_\_\_\_\_/ Commentaires : .....

.....

.....

13B. Contacts directs avec des animaux pendant les 14 jours précédant la date de début des signes						
Espèce animale	Date	Oui	Non	NSP	Lieu	Circonstances (caressé, touché...)
Dromadaires	/_____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Chèvres	/_____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Moutons	/_____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Oiseaux sauvages	/_____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Volaille	/_____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Rongeurs	/_____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Chauve-souris	/_____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Autres, précisez : animaux domestique, sauvage, élevage...	/_____/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Commentaires : .....						
.....						
.....						

13C. Consommation d'aliments pendant les 14 jours précédents la date de début des signes						
Aliment	Oui	Non	NSP	Consommation		
				répétée ? si oui, cochez	ponctuelle (1 fois)? Si ponctuelle, précisez où et quand ?	
Lait de chamelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	
Viande crue ou peu cuite de dromadaire	<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"/> .....	
Commentaires : .....						
.....						

14. Données biologiques					
Examens biologiques à l'admission	Résultat	Date	Examen	Résultat	Date
Hémoglobine : .....	/_____/	/_____/	CRP : .....	/_____/	/_____/
Leucocytes : .....	/_____/	/_____/	Procalcitonine : .....	/_____/	/_____/
Polynucléaires neutrophiles ..	/_____/	/_____/	ASAT : .....	/_____/	/_____/
Lymphocytes : .....	/_____/	/_____/	ALAT : .....	/_____/	/_____/
Plaquettes : .....	/_____/	/_____/	Créatinine : .....	/_____/	/_____/
PaO2 : .....	/_____/	/_____/	PaCO2 : .....	/_____/	/_____/
Autres, préciser l'examen biologique, dates et résultats : .....					
.....					
.....					

### 15. Suivi du cas confirmé

**Transfert du patient** : Oui  Non  Si oui  Autre service : précisez : .....  
 Autre établissement : précisez : .....

#### Services d'hospitalisation

Réanimation Oui  Non  Date entrée : /\_\_\_\_\_/ / Date sortie : /\_\_\_\_\_/

Médecine/Maladies Infectieuses et Tropicale/Pneumo Oui  Non  Date entrée : /\_\_\_\_\_/ / Date sortie : /\_\_\_\_\_/

Autre : précisez : \_\_\_\_\_ Date entrée : /\_\_\_\_\_/ / Date sortie : /\_\_\_\_\_/

#### Traitements

Interféron/ribavirine Oui  Non  Date début : /\_\_\_\_\_/ / Date fin : /\_\_\_\_\_/

ECMO Oui  Non  Date début : /\_\_\_\_\_/ / Date fin : /\_\_\_\_\_/

Ventilation mécanique Oui  Non  Date début : /\_\_\_\_\_/ / Date fin : /\_\_\_\_\_/

Hémodialyse Oui  Non  Date début : /\_\_\_\_\_/ / Date fin : /\_\_\_\_\_/

Autre : Précisez : \_\_\_\_\_ Date début /\_\_\_\_\_/ / Date fin : /\_\_\_\_\_/

Autre : Précisez : \_\_\_\_\_ Date début : /\_\_\_\_\_/ / Date fin : /\_\_\_\_\_/

#### Evolution virologique et clinique éventuelle

Date de suivi	Evénements rapportés (modification virologique, clinique..) et commentaires (contacts, autres...)
/_____/	.....
/_____/	.....
/_____/	.....
/_____/	.....
/_____/	.....
/_____/	.....
/_____/	.....

#### Evolution finale

**Date** : /\_\_\_\_\_/  Guérison  Retour à domicile  
 Décès  Transfert (hôpital, établissement de long séjour)

Commentaires