

Grippe d'origine aviaire ou porcine
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. Exposition(s) à risque dans les 10 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques**A – Oiseaux, porcs ou sangliers, Mammifères sauvages**Oiseaux domestiques vivants ou morts (élevage ou basse-cour, marché aux volailles vivantes, expérimentation en laboratoire) Oui Non NSP Oiseaux sauvages isolés, malades ou morts, dans une zone à risque particulier ou toute zone où un virus influenza aviaire (IA) a été identifié Oui Non NSP Porcs ou sangliers vivants ou morts (élevage confiné ou non, domestiques, abattoir, foire ou salon d'exposition, expérimentation en laboratoire) Oui Non NSP Mammifères sauvages (terrestres ou marins) malades ou morts Oui Non NSP Environnement contaminé par un virus aviaire ou porcine (air, litière, déjections) Oui Non NSP L'exposition a-t-elle eu lieu sur le territoire national ? Oui Non NSP

Si non, précisez le pays et les circonstances d'exposition :

B – Personne-contact** d'un cas humain de grippe zoonotique confirmé biologiquement, à partir de 48h avant et jusqu'à 10 jours après l'apparition de ses symptômes Oui Non NSP

Si oui, précisez

Date de dernière exposition à ce cas possible ou confirmé : /___/___/____/ Identifiant de ce cas |__|_|_|_|_|

** Voir la définition d'une personne-contact dans la conduite à tenir SpFrance concernant la surveillance et l'investigation des cas de grippe humaine due à un virus influenza d'origine aviaire ou porcine

C - Exposition dans un laboratoire à des prélèvements ou matériels biologiques contaminés par un virus influenza porcine ou aviaire, en l'absence de mesures de protection appropriées Oui Non NSP

Date d'exposition : /___/___/____/

Circonstances de l'exposition (nature du prélèvement ou matériel biologique, etc.) :

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 ___/___/___

Signes d'atteinte du système nerveux central Précisez :

Autres signes cliniques Précisez :

Auscultation pulmonaire anormale

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

Exposition à risque dans les 10 jours qui précèdent la date de début des signes (contact avec des animaux (oiseaux, porcs, sangliers, Mammifères sauvages), à du matériel biologique contaminé, ou avec un cas confirmé) Oui Non

Tableau clinique compatible Oui Non

Classement

Date du classement : ___/___/___ Cas possible Cas exclu

Si classement en cas possible, continuer la suite du questionnaire**8. Identification des personnes-contacts**

Le cas possible 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

Si oui précisez le contexte du/des contacts :

.....

Téléphone :

Le cas possible a-t-il voyagé ? Accompanyé En groupe

Nom et coordonnées de l'agence de voyage :

* Cf. définition d'une personne-contacts dans la conduite à tenir SpFrance sur l'influenza zoonotique

9. Orientation du patient et mesures de contrôle

Hospitalisation Oui Non NSP

Si hospitalisation,

Médecine /maladies infectieuses Réanimation/ service de déchochage

Nom et lieu de l'hôpital :

Nom, service et coordonnées du médecin référent :

Si pas d'hospitalisation, précisez :

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 :

Naso/ Rhinopharyngé

Profond : crachat induit, LBA, etc.

Date du prélèvement ___/___/___

Date de réception au CNR ___/___/___

Résultat Positif grippe zoonotique

Si positif pour grippe zoonotique :

Négatif

Influenza aviaire

Indéterminé

Influenza porcine

Précisez le sous-type identifié :

Type de prélèvement

Naso/ Rhinopharyngé

Profond : crachat induit, LBA, etc.

Date du prélèvement ___/___/___

Date de réception au CNR ___/___/___

Résultat Positif grippe zoonotique

Si positif grippe zoonotique,

Négatif

Influenza aviaire

Indéterminé

Influenza porcine

Précisez le sous-type identifié :

Résultats pour autres étiologies recherchées

SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/> A(H3N2) <input type="checkbox"/> A(H1N1) _{pdm09} <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-influenza (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 :

.....

11. Exposition à risque dans les 10 jours précédant la date de début des signes cliniques

Nom et qualité de la personne répondant à la section 11 :

Tel :

Contacts directs et indirects avec des animaux (oiseaux sauvages ou domestiques, porcs ou sangliers)

Type	Date	Oui	Non	NSP	Lieu	Circonstances (espèce animale, caressé, touché...)
Volaille (poulets, dindes, canards, etc.), vivantes ou mortes	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oiseaux sauvages, malades ou morts	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquentation d'un marché d'oiseaux vivants	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porcs ou sangliers, vivants ou morts	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammifères sauvages, malades ou morts	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement contaminé de volailles ou porcs/sangliers (en élevage ou domestiques, abattoir)	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez (consommation de viande de volaille/porc/sanglier crue, etc.)	___/___/_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Evolution du cas confirmé			
Le cas confirmé est :			
transféré dans un autre établissement	<input type="checkbox"/>	Précisez	
transféré dans un autre service	<input type="checkbox"/>	Précisez.....	
Services d'hospitalisation	Réanimation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date entrée : __/__/____ Date sortie : __/__/____
	Médecine/Maladie Infectieuse et Tropicale/Pneumo	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date entrée : __/__/____ Date sortie : __/__/____
Traitements			
	ECMO	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
	Ventilation mécanique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
	Hémodialyse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
	Autre : Précisez.....		Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
	Autre : Précisez.....		Date début : __/__/____ Date fin : __/__/____
Evolution virologique et clinique éventuelle			
Date de suivi	Événements rapportés (modification clinique, virologique..) et commentaires (contacts, autres...)		
__/__/____			
__/__/____			
__/__/____			
__/__/____			
Evolution finale	__/__/____	<input type="checkbox"/> Guérison <input type="checkbox"/> Décès Cause du décès :	<input type="checkbox"/> Retour à domicile <input type="checkbox"/> Transfert (hôpital, soins de long séjour)