INFECTION A VIRUS INFLUENZA D'ORIGINE AVIAIRE OU PORCINE

QUESTIONNAIRE D'UNE PERSONNE-CONTACT OU D'UNE PERSONNE CO-EXPOSEE - FICHE 2

Ce questionnaire est destiné aux personnes-contacts d'un cas confirmé et aux personnes co-exposées (= personne ayant présenté une (des) exposition(s) à risque d'infection à virus de grippe zoonotique 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).

Identifiant du sujet : |__|__|__| |__|__|__|
Département. N° d'inclusion

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

Enquêteur : ……..…….. **Date du 1er entretien** : ___/___/_____

Personne-contact ❑ **Personne co-exposée** ❑

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 de la personne-contact ou co-exposée d'un cas confirmé

Aucun antécédent	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	Cardiopathie	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Pathologie respiratoire chronique	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	Obésité	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Pathologie rénale chronique	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	Diabète	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.)					Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Grossesse en cours	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	Autre immunodépression	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Autres	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	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
☐ Personne liée au même lieu de travail (exploitation, abattoir ou autre) : Si oui, précisez :.....
☐ Voisin
☐ Personnel soignant non hospitalier (médecin traitant, infirmière, kiné etc…),
☐ Co-voyageur, même groupe de voyage
☐ Autre, précisez : ……..……

Résidence, travail ou retour de l'étranger **:** Oui ☐ Non ☐ NSP ☐ *(Si oui, précisez en section 7D ci-dessous)*

Pour toute personne-contact d'un cas confirmé ou pour toute personne exposée/ co-exposée

Souhaitez-vous participer à une éventuelle étude sérologique?

Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

4. Apparition de signes cliniques évocateurs de grippe zoonotique (depuis dernier contact avec le cas confirmé ou depuis la dernière exposition à risque)

D0 = date du dernier contact non protégé avec le cas confirmé symptomatique pour un sujet contact ou date de dernière exposition à risque (cf définition d'une exposition à risque SpF) : ___/___/_____

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 de la personne-contact d'un cas confirmé ou du co-exposé

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 :

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 personne-contact du cas confirmé, compléter la section 6***
- ***Si le cas possible est une personne co-exposée du cas confirmé, compléter la section 7***

Pour tout cas possible chez une personne-contact d'un cas confirmé pour grippe zoonotique

6. Chronologie et circonstances du (des) contact(s) avec le cas confirmé de grippe zoonotique

a. Chronologie des contacts avec le cas confirmé de grippe zoonotique

J0 = date de début des signes du cas confirmé ___/____/_____ *Cocher ci-dessous si contact à la date spécifiée*

J-2	J-1	**J0**	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J…	J…
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J …	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b. Date et circonstance(s) du dernier contact avec le cas confirmé symptomatique de grippe zoonotique

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 de grippe zoonotique

7. Chronologie et circonstances de l'exposition (activités, contacts avec des animaux, expositions à des aliments, etc.**)**
(complétez de7A à 7D)

7A. Contact direct avec des oiseaux ou porcs/sangliers sans mesures de protection adéquates

Espèce animale	Date	Oui	Non	NSP	Lieu	Circonstances d'exposition
Volailles (poulets, dindes, canards), vivantes ou mortes	___/___/_____	❑	❑	❑	…….....	…….....….....
Oiseaux sauvages, malades ou morts	___/___/_____	❑	❑	❑	…….....	…….....….....
Porcs ou sangliers, vivants ou morts	___/___/_____	❑	❑	❑	……...	…….....
Mammifères sauvages, malades ou morts	___/___/_____	❑	❑	❑	……...	…….....
Environnement contaminé (en élevage, abattoir, etc.)	___/___/_____	❑	❑	❑	……...	…….....

7B. Exposition dans un laboratoire à des prélèvements ou matériels biologiques contaminés par un virus influenza porcin ou aviaire, en l'absence de mesures de protection appropriées

Virus / type de prélèvements	Date	Oui	Non	NSP	Lieu	Circonstances d'exposition
……	___/___/_____	❑	❑	❑	……...	…….....

7C. Consommation d'aliments (non considérée comme exposition à risque, mais à documenter ici)

Aliment	0ui	Non	NSP	Consommation	
				répétée ?	ponctuelle (1 fois)?
				si oui, cochez	Si ponctuelle, précisez lieu et date
Viande de porc/de sanglier crue	❑	❑	❑	❑	❑ ……
Viande de volaille crue	❑	❑	❑	❑	❑ ……
Autres, précisez : ……...	❑	❑	❑	❑	❑ ……

7D. Si exposition à risque hors de France, précisez le pays et les circonstances d'exposition

Date	Pays	Circonstances d'exposition
___/___/_____	……..……	……...……
___/___/_____	……..……	……...……
___/___/_____	……..……	……...……
___/___/_____	……..……	……...……