

QUESTIONNAIRE PERSONNE CO-EXPOSEE OU CONTACT PROTOCOLE SAGA

A compléter par la cellule régionale de SpF en lien avec l'ARS, pour toute personne co-exposée et/ou personne-contact d'un cas confirmé de grippe aviaire détecté dans le cadre du protocole SAGA (Surveillance Active de la Grippe Aviaire).

ENQUETEUR

Nom de l'enquêteur :

Date de l'enquête : ____/____/____

INFORMATIONS PERSONNELLES

Numéro identification du foyer (Id Foyer): ____-____-____

Identifiant cas confirmé à un foyer d'IA HP (Id Foyer-Id cas) : ____-____-____

Identifiant de la personne (Id Foyer-Id cas-00X) : ____-____-____

Nom : Prénom :

Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance : ____/____/____

Adresse du domicile :

Commune : Code postal :

Tél domicile : ____/____/____/____/____ Tél portable : ____/____/____/____/____

Email :

Profession :

CIRCONSTANCES D'EXPOSITION

Personne-contact ☐

Personne co-exposée ☐

Si la personne est à la fois contact et co-exposée du cas confirmé, remplir les informations des 2 sous-parties.

Personne contact

Nature du lien avec le cas confirmé :

- ☐ Conjoint.e ☐ Enfant ☐ Autre personne vivant sous le même toit
☐ Collègue de travail ☐ Voisin ☐ Ami/ membre de la famille ne résidant pas au même endroit
☐ Personnel soignant ayant pris en charge le cas probable/confirmé (médecin traitant, infirmière, kiné ...)
☐ Autres, précisez la nature du contact :

Date du 1^{er} contact avec le cas confirmé : ____/____/____

Date du dernier contact avec le cas confirmé : ____/____/____

Décrire les circonstances des contacts (durée et fréquence du contact, existence ou non de mesures de protection pour les professionnels de santé...)

.....
.....
.....
.....

Personne co-exposée :

Contacts avec des animaux du foyer dans les 8 jours qui précèdent la confirmation du foyer :

- ☐ Contact direct avec des volailles ou tout autre animal présentant une infection IAHP confirmée (ex : manipulation d'animaux infectés, vivants ou morts)
☐ Fréquentation pendant au moins 15 minutes d'un lieu confiné où des animaux infectés par un virus IAHP ont séjourné
☐ Contact direct avec du matériel ou une surface d'un foyer confirmé d'IAHP (ex : manipulation d'outils ou de litière, nettoyage des déjections...)

Type d'animaux infectés (plusieurs réponses possibles) :

☐ Volaille

☐ Mammifères

a. Foyer de volaille

Date du dernier contact avec les animaux du foyer confirmés d'infection IAHP : ____/____/____

A quelle espèce de volaille infectée la personne a-t-elle été en contact (plusieurs réponses possibles) :

☐ Canard

☐ Dinde

☐ Poule(s) de chair

☐ Poules pondeuses

☐ Pintades

☐ Cailles

☐ Oies

☐ Pigeons

☐ Autres, préciser :

Quelles ont été les activités de la personne au sein de la structure durant les 8 jours avant la confirmation du foyer (plusieurs réponses possibles) :

☐ Débecage

☐ Dégriffage

☐ Gavage

☐ Abattage

☐ Ramassage de cadavres

☐ Chargement / déchargement

☐ Nettoyage à sec

☐ Attrapage / contention

☐ Ponte au sol

☐ Autres activités, préciser lesquelles :

Quels ont été les types de contact avec les animaux du foyer :

☐ directs (manipulation d'animaux infectés)

☐ indirects (fréquentation d'un bâtiment où les animaux infectés ont été hébergés, manipulation d'outils souillés, etc.)

A quelle fréquence (maximale) la personne a eu des contacts (directs ou indirects) avec ces animaux durant les 8 jours avant la confirmation du foyer :

☐ Rare (<3 fois pendant la période)

☐ Souvent (>3 fois mais de façon non quotidienne)

☐ Quotidienne

☐ Pluriquotidienne

Nombre d'heures cumulées en contact avec les animaux du foyer :

Description des activités en lien avec les animaux du foyer :

Port d'équipements de protection individuelle dans les 8 jours précédant la confirmation du foyer ainsi que depuis la confirmation du foyer : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Type de protections

Fréquence d'utilisation

Jamais

Parfois

Régulièrement

Systématiquement

☐ Vêtements spécifiques

☐

☐

☐

☐

☐ Bottes

☐

☐

☐

☐

☐ Gants

☐

☐

☐

☐

☐ Masque FFP2

☐

☐

☐

☐

☐ Masque chirurgical

☐

☐

☐

☐

☐ Lunettes de protection/Visière

☐

☐

☐

☐

☐ Autres, préciser

☐

☐

☐

☐

a. Foyer de mammifères

Date du dernier contact avec le(s) mammifère(s) confirmé(s) d'infection IAHP ____/____/____

Espèces de mammifères concernée (plusieurs réponses possibles) :

☐ Porcs

☐ Bovins

☐ Equins

☐ Chats

☐ Autres félins

☐ Chiens

☐ Furets, visons

☐ Autres, préciser :

Description des activités au sein de la structure durant les 8 jours avant la confirmation du foyer :

.....
.....
.....

Types de contact :

- ☐ directs (manipulation d'animaux infectés)
- ☐ indirects (fréquentation d'un bâtiment où les animaux infectés ont été hébergés, manipulation d'outils souillés, etc.)

A quelle fréquence (maximale) la personne a eu des contacts (directs ou indirects) avec ces animaux durant les 8 jours avant la confirmation du foyer :

- ☐ Rare (<3 fois pendant la période) ☐ Souvent (>3 fois mais de façon non quotidienne)
- ☐ Quotidienne ☐ Pluriquotidienne

Nombre d'heures cumulées en contact avec les animaux du foyer :

Port d'équipements de protection individuelle dans les 8 jours précédant la confirmation du foyer ainsi que depuis la confirmation du foyer : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser :

Type de protections**Fréquence d'utilisation**

	Jamais	Parfois	Régulièrement	Systématiquement
☐ Vêtements spécifiques	☐	☐	☐	☐
☐ Bottes	☐	☐	☐	☐
☐ Gants	☐	☐	☐	☐
☐ Masque FFP2	☐	☐	☐	☐
☐ Masque chirurgical	☐	☐	☐	☐
☐ Lunettes de protection/Visière	☐	☐	☐	☐
☐ Autres, préciser	☐	☐	☐	☐

ANTECEDENTS MEDICAUX, FACTEURS DE RISQUE ET VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

- Aucun antécédent médical Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- Pathologie respiratoire chronique, précisez : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- Pathologie cardiovasculaire, précisez : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- Pathologie rénale chronique, précisez : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- Obésité Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- Diabète Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.) Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- Autre immunodépression, précisez : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- Autre(s) comorbidité(s), précisez : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐
- Grossesse en cours, précisez le terme : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Commentaires sur les antécédents médicaux :

.....

.....

.....

.....

Vaccination contre la grippe saisonnière pour la dernière saison hivernale ?

Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Si oui, précisez la date de la vaccination : ____/____/____

CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Signes cliniques apparus depuis le premier contact / la première exposition et au cours des 10 jours suivant le dernier contact / la dernière exposition ?

La personne a-t-elle présenté des signes cliniques : Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Si oui : Date d'apparition des premiers signes : ____/____/____

Signes cliniques (Précisez la date d'apparition si différente de la date d'apparition des premiers signes) :

- | | |
|--|--|
| ☐ Fièvre, précisez :°C ____/____/____ | ☐ Signes gastro-intestinaux ____/____/____ |
| ☐ Syndrome fébrile (frissons, sueurs) sans fièvre mesurée ____/____/____ | ☐ Toux ____/____/____ |
| ☐ Asthénie / fatigue / malaise ____/____/____ | ☐ Dyspnée ____/____/____ |
| ☐ Myalgies / courbatures ____/____/____ | |
| ☐ Céphalées ____/____/____ | |

☐ Rhinorrhée _____
☐ Conjonctivite ou autre symptôme oculaire _____

☐ Auscultation pulmonaire anormale

☐ SDRA

☐ Signes d'atteinte du système nerveux central

Précisez :

.....
☐ Autres signes cliniques

Précisez :
....

Hospitalisation : Oui ☐ Non ☐

Si oui, date ____/____/____

Hospitalisation en réanimation : Oui ☐ Non ☐

Si oui, date ____/____/____

Cas d'infection respiratoire aiguë rapportés dans l'entourage, en cours ou récemment ? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Classement intermédiaire

☐ Cas possible ☐ Cas Exclu (absence de signes cliniques évocateurs)

ORIENTATION DU PATIENT ET MESURES DE CONTROLE DU RISQUE DE TRANSMISSION SECONDAIRE

Prescription d'un traitement antiviral Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Si oui, précisez :

Date de début du traitement par antiviraux : ____/____/____ Date d'arrêt du traitement : ____/____/____

Hospitalisation Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Si le patient est hospitalisé, date d'admission : ____/____/____

Précisez le type de service : Médecine /maladies infectieuses ☐ Soins intensifs/continus ☐ Réanimation ☐

Nom de l'hôpital : _____ Ville : _____ Code postal : _____

Nom, service et coordonnées du médecin référent :

Préciser le type de traitements additionnels éventuels :

	Date de début	Date de fin
Ventilation non invasive	____/____/____	____/____/____
Ventilation invasive	____/____/____	____/____/____
ECMO	____/____/____	____/____/____
Hémodialyse	____/____/____	____/____/____
Autre : Précisez	____/____/____	____/____/____

Si le patient n'est pas hospitalisé, les messages de prévention du risque de transmission secondaire lui ont-ils été transmis (isolement à domicile pendant 10 jours après la date de début des signes, port du masque en cas de contacts, gestes barrières) ? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

SUIVI DES PRELEVEMENTS

PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE N°1 :

Nom du laboratoire :

Date du prélèvement : ____/____/____

Résultats d'analyses du laboratoire :

☐ RT-PCR grippe Date : ____/____/____ Résultat : ☐ positif ☐ négatif ☐ NSP Technique : Ct : ...
☐ RT-PCR grippe A Date : ____/____/____ Résultat : ☐ positif ☐ négatif ☐ NSP Technique : Ct : ...

☐ RT-PCR grippe B Date : __/__/____ Résultat : ☐ positif ☐ négatif ☐ NSP Technique : Ct : ...
☐ RT-PCR H1 Date : __/__/____ Résultat : ☐ positif ☐ négatif ☐ NSP Technique : Ct : ...
☐ RT-PCR H3 Date : __/__/____ Résultat : ☐ positif ☐ négatif ☐ NSP Technique : Ct : ...

Si test Grippe A positif :

Date d'envoi du prélèvement au CNR : __/__/____
CNR en charge des analyses : ☐ CNR Nord ☐ CNR Sud ☐ CNR La Réunion ☐ CNR Guyane
Date de réception du prélèvement au CNR : __/__/____

Résultats du CNR : Grippe zoonotique ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé Date : __/__/____
Si positif grippe zoonotique : ☐ Influenza aviaire ☐ Influenza porcine
Précisez le sous-type identifié :
Préciser le clade identifié :
Méthode(s) utilisée(s) : ☐ RT-PCR ☐ Séquençage

PRELEVEMENT NASO-PHARYNGE N°2 :

Nom du laboratoire :
Date du prélèvement : __/__/____
Date d'envoi du prélèvement au CNR : __/__/____
CNR en charge des analyses : ☐ CNR Nord ☐ CNR Sud ☐ CNR Réunion ☐ CNR Guyane
Date de réception du prélèvement au CNR : __/__/____

Résultats du CNR : Grippe zoonotique ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé Date : __/__/____
Si positif grippe zoonotique : ☐ Influenza aviaire ☐ Influenza porcine
Précisez le sous-type identifié :
Préciser le clade identifié :
Méthode(s) utilisée(s) : ☐ RT-PCR ☐ Séquençage

SEROLOGIE EFFECTUEE : Oui ☐ Non ☐

CNR procédant aux analyses sérologiques (si différent de celui qui a fait le diagnostic) :
☐ CNR Nord ☐ CNR Sud ☐ CNR Réunion ☐ CNR Guyane

PRELEVEMENT SERUM N°1 :

Date du 1^{er} prélèvement : __/__/____
Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconclusif Titre : Date du résultat : __/__/____

PRELEVEMENT SERUM N°2 :

Date du 2^{ème} prélèvement : __/__/____
Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Inconclusif Titre : Date du résultat : __/__/____

AUTRE PRELEVEMENT :

Nom du laboratoire :
Date du prélèvement : __/__/____
Nature du prélèvement : ☐ Naso-pharyngé ☐ Respiratoire profond (crachat induit, LBA)
 ☐ Conjonctival ☐ Autre, préciser :

Date d'envoi du prélèvement au CNR : __/__/____
CNR en charge des analyses : ☐ CNR Nord ☐ CNR Sud ☐ CNR La Réunion ☐ CNR Guyane
Date de réception du prélèvement au CNR : __/__/____

Résultats du CNR : Grippe zoonotique ☐ Positif ☐ Négatif ☐ Indéterminé Date : __/__/____
Si positif grippe zoonotique : ☐ Influenza aviaire ☐ Influenza porcine
Précisez le sous-type identifié :
Préciser le clade identifié :
Méthode(s) utilisée(s) : ☐ RT-PCR ☐ Séquençage

CLASSEMENT FINAL

☐ Possible ☐ Probable ☐ Confirmé ☐ Exclu ☐ Refus de prélèvement

Date du classement définitif : ____/____/____
d

EVOLUTION DU CAS CONFIRMÉ

Evolution (virologique et/ou clinique) intermédiaire éventuelle :

Date de suivi

Événements rapportés (modification clinique : dégradation de l'état général, admission en réanimation, virologique. et commentaires (contacts, autres...))

____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____

.....
.....
.....
.....
.....

Evolution finale du patient : Date : ____/____/____

☐ Guérison clinique

☐ Décès, précisez la cause du décès :

☐ Inconnue

IDENTIFICATION DES PERSONNES-CONTACTS EN CAS DE CONFIRMATION DU CAS

Le cas 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 ☐

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

Date et circonstance(s) des contacts		
Date du dernier contact	Coordonnées de la personne contact (Nom, prénom, lien avec le cas, adresse complète, téléphone, email)	Circonstances de l'exposition (notamment existence ou non de mesures de protection pour les professionnels de santé)
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		

____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		
____/____/____		

Ce questionnaire sera détruit après saisie dans Voozanoo