

QUESTIONNAIRE CAS CONFIRMÉ DE GRIPPE ZONOTIQUE – PROTOCOLE SAGA

A compléter par la cellule régionale de SpF en lien avec l'ARS, pour tout cas confirmé de grippe aviaire détecté dans le cadre du protocole SAGA (Surveillance Active de la Grippe Aviaire)

1 ENQUÊTEUR

Nom de l'enquêteur : Date de l'enquête : ____/____/____

2 INFORMATIONS PERSONNELLES

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

Numéro identifiant de la personne (Id Foyer-00X) : ____ - ____ - ____

Nom : Prénom :

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

Adresse du domicile :

Commune : Code postal :

Tél portable : ____/____/____/____/____ Email :

La personne exposée travaille-t-elle au sein du foyer d'IAHP confirmé ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, profession exercée dans la structure :

☐ éleveur ☐ salarié ☐ soigneur ☐ vétérinaire ☐ autre, préciser :

Si non, préciser le lien avec le foyer : ☐ vétérinaire libéral ☐ service vétérinaire ☐ technicien

☐ intervenant externe, préciser :

☐ Autres, préciser :

3 EXPOSITION A RISQUE dans les 8 jours qui ont précédé la confirmation du foyer d'IAHP Rappel : Date de confirmation du foyer : ____/____/____

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 confirmés d'infection IAHP : ____/____/____

Avec quelle espèce de volaille infectée / suspectée d'infection 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

☐ Attrapage / contention

☐ Abattage

☐ Ramassage de cadavres

☐ Chargement / déchargement

☐ Nettoyage à sec

☐ Ramassage des œufs au sol

☐ Autres activités, préciser :

Précisez le type de contact avec les animaux du foyer :

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

À quelle fréquence (maximale) la personne a-t-elle eu des contacts (directs ou indirects) avec ces animaux durant les 8 jours précédant la confirmation du foyer :

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

Nombre d'heures cumulées en contact avec les animaux du foyer dans les 8 jours précédant la confirmation :

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	Systematiquement
☐ 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 réponse 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 dans les 8 jours précédant la confirmation :

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	Systematiquement
☐ Vêtements spécifiques	☐	☐	☐	☐
☐ Bottes	☐	☐	☐	☐
☐ Gants	☐	☐	☐	☐
☐ Masque FFP2	☐	☐	☐	☐
☐ Masque chirurgical	☐	☐	☐	☐
☐ Lunettes de protection/Visière	☐	☐	☐	☐
☐ Autres, préciser	☐	☐	☐	☐

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 ?

Si oui, précisez la date de la vaccination : ____/____/____ Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

La personne a-t-elle présenté des signes cliniques depuis le début de l'investigation SAGA ?

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	____/____/____	☐ Auscultation pulmonaire anormale	____/____/____
☐ Céphalées	____/____/____	☐ SDRA	____/____/____
☐ Rhinorrhée	____/____/____	☐ Signes d'atteinte du système nerveux central	____/____/____
☐ Conjonctivite ou autre symptôme oculaire	____/____/____	Précisez :	
		☐ Autres signes cliniques	____/____/____
		Précisez :	

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

7

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 : ...

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 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

SEROLOGIE EFFECTUEE : Oui ☐ Non ☐

CNR procédant aux analyses sérologiques (si différent de celui qui a fait le diagnostic) :

☐ CNR Nord ☐ CNR Sud ☐ CNR La 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

8 CONFIRMATION DE L'INFECTION PAR UN VIRUS INFLUENZA ZONOTIQUE

Date du classement définitif en **cas confirmé** de grippe zoonotique : ____/____/____

9 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

10 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 grippe zoonotique de SpF ;

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.