

## Infection due au nouveau Coronavirus 2019-nCoV

### Document d'aide au classement d'un patient en CAS POSSIBLE

Identifiant du Signalant

..... Date du signalement \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom de la personne effectuant le signalement : .....

Organisme : .....

Dépt. : |\_|\_| Téléphone : ..... Email : .....

#### 1. Identité du patient

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F  Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou âge : |\_|\_| (années)  
|\_|\_| (mois)

Adresse du domicile en France : .....

Commune : ..... Code Postal : /\_\_\_\_\_/

Tel domicile : ..... Tel portable : ..... Profession : .....

Médecin traitant : Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

Adresse : ..... Code Postal : /\_\_\_\_\_/ Commune : .....

#### 2. Expositions à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques

A - Séjour ou transit dans la ville de Wuhan Chine Oui  Non Si oui, Précisez :  
Date d'arrivée Date de départ  
..... /\_\_\_\_\_/ /\_\_\_\_\_/Type de séjour /voyage : Tourisme  Résidence  Escale  Autre  Précisez .....

B - Contact étroit\* avec un cas confirmé d'infection à nCoV pendant sa phase symptomatique

\* Tout contact étroit est une personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas index lorsque celui-ci présentait des symptômes, par exemple : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat, ou ayant eu un contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre du cas possible ou confirmé au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas index dans un avion ou un train, en l'absence de mesures de protection efficaces (précautions Standard + Air + Contact).

Oui  Non  NSP 

Si oui, précisez la nature de l'exposition .....

Date ou période d'exposition à ce cas confirmé : /\_\_\_\_\_/ Identifiant de ce cas : |\_\_\_\_\_|

C – Personne co-exposée symptomatique, définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (c'est-à-dire un séjour / voyage à Wuhan, Chine) qu'un cas confirmé\*  
Oui  Non  NSP 

Si oui : Précisez ..... Date : /\_\_\_\_\_/

D – Personne ayant travaillé ou ayant séjourné dans un hôpital dans lequel un cas d'infection au nCoV a été confirmé  
Oui  Non  NSP 

Si oui, précisez,; ..... Date : /\_\_\_\_\_/

E – Personne ayant visité ou travaillé dans un marché d'animaux vivants à Wuhan, en Chine  
Oui  Non  NSP 

Si oui, précisez, le lieu et .....

#### 4. Caractéristiques cliniques du cas

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"/> Autres signes cliniques Préciser : .....                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire anormale   |  |
| <input type="checkbox"/> Tableau évocateur d'infection du parenchyme pulmonaire. Précisez : ..... |  |
| <input type="checkbox"/> Tableau clinique sévère. Précisez : .....                                |  |

Saturation O2 \_\_\_/\_\_\_/% date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fréquence respiratoire : ..... date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Examens radiologiques

- Radiographie du thorax  Date de réalisation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Normale  Syndrome alvéolaire  Syndrome interstitiel  Autre  Précisez : .....
- Scanner thoracique  Date de réalisation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Normale  Syndrome alvéolaire  Syndrome interstitiel  Autre  Précisez : .....

**Commentaires :**

#### 5. Autres étiologies recherchées

- Virus influenzae
- |   |             |                                  |                                  |                                   |
|---|-------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| A | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Non Fait |
| B | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Non Fait |
| C | ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Positif | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Non Fait |
- Rhinovirus \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positif  Négatif  Non Fait
- Métapneumovirus \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positif  Négatif  Non Fait
- Virus respiratoire syncytial (VRS) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positif  Négatif  Non Fait
- Virus para-influenzae (PIV) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positif  Négatif  Non Fait
- SARS-CoV \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positif  Négatif  Non Fait
- MERS-CoV \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Positif  Négatif  Non Fait
- Autres, précisez : .....

#### 7. Classement du cas

- Cas possible**
- Cas exclu**
- Commentaires :**

### 8. Si classement en cas possible

**Orientation du patient :**  Hospitalisation en médecine /maladies infectieuses  Hospitalisation en réanimation

Si hospitalisation, nom et lieu de l'hôpital : .....

Nom, service et coordonnées du médecin référent : .....

Mesures de protection autour du cas  Oui  Non  NSP

Si oui précisez : .....

Date de mise en place des mesures de protection : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 9. Identification des contacts

Le cas possible a-t-il eu un (des) contact(s) étroit(s)\* depuis la date de début de ses signes ? Oui  Non  NSP

Si oui précisez le contexte et le nom et les coordonnées (tel) des personnes :

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

*\* = Tout contact étroit est une personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas index lorsque celui-ci présentait des symptômes, par exemple : famille, même chambre d'hôpital ou d'internat, ou ayant eu un contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre du cas possible ou confirmé au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas index dans un avion ou un train, en l'absence de mesures de protection efficaces (précautions Standard + Air + Contact).*

### 10. Identification des personnes co-exposées

Une personne co-exposée est définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (c'est-à-dire un séjour / voyage à Wuhan, Chine) que le cas confirmé.

Existe-t-il des personnes co-exposées dans l'entourage du cas possible ? Oui  Non  NSP

Si oui précisez le contexte et le nom et les coordonnées (tel) de la personne co-exposée et éventuellement le voyageur : .....

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

### 12. Terrain et antécédents médicaux du cas (pathologie chronique / immunodépression)

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 : .....

### 13. Séjour ou transit à Wuhan

#### 13A. Activités réalisées lors du voyage, notamment d'éventuelles visites dans des établissements de santé

Date	Activités	A participé			Commentaires
		Oui	Non	NSP	
___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
___/___/___	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**Commentaires :**

**13B. Fréquentation de marchés d'animaux vivants**

Le cas possible a-t-il fréquenté un ou plusieurs marchés vendant des animaux vivants    Oui  Non  NSP

Si oui, précisez : ..... Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**13C. Contacts directs avec des animaux**

Espèce animale	Date	Oui	Non	NSP	Lieu	Circonstances (caressé, touché...)
Chauve-souris	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Civette	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Rongeurs	___/___/___	<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"/>	.....	.....
Vaches/Moutons/ Chèvres	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Poissons, fruits de mer : précisez .....						
Animaux sauvages précisez : .....	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Autres animaux, précisez : .....	___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

Commentaires