

INFECTION A SARS-COV-2 QUESTIONNAIRE D'UN SUJET CONTACT OU D'UN CO-EXPOSE D'UN CAS DE COVID-19

Ce questionnaire est destiné

- au sujet contact d'un cas confirmé de COVID-19 symptomatique pour lequel le niveau de risque de contamination par le cas confirmé est évalué comme étant **modéré à élevé** et
- au sujet co-exposé (= personne ayant présenté une (des) exposition(s) à risque d'infection par le virus SARS-COV-2 commune(s) avec le cas confirmé, sans nécessairement avoir eu des contacts étroits avec le cas confirmé).

Un contact étroit à risque modéré à élevé est une personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas lorsque celui-ci présentait des symptômes, par exemple : famille, même chambre ou ayant eu un contact direct, en face à face, à moins d'1 mètre du cas 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 dans un transport collectif de manière prolongée.

La définition précise d'un sujet contact d'un cas confirmé sera définie en fonction de la situation.

Si le sujet contact est un personnel de santé exerçant en établissement de santé, utiliser la fiche dédiée.

Identifiant du sujet : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Identifiant du cas confirmé : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Départ. N° d'inclusion en lien avec le sujet (donnée SpF)

Enquêteur : Date du 1^{er} entretien : ___/___/_____

Sujet contact

co-exposé

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 :
Email :

Médecin traitant : Nom : Prénom : Tel :
Adresse : Code Postal : /_____/_____/ Commune :

2. Terrain et antécédents médicaux du sujet contact ou co-exposé d'un cas confirmé de COVID-19

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 :	

3. Lien des contact(s) / de(s) co-exposition(s) avec le cas confirmé de COVID-19

Nature du lien avec le cas confirmé

Conjoint

Enfant de moins de 5 ans

Autre personne vivant sous le même toit

Personnel soignant non hospitalier (médecin traitant, infirmière, kiné etc...), Si personnel soignant, remplir fiche dédiée

Patient du cas confirmé (le cas confirmé est un soignant)

Voisins, collègues de travail

Co-voyageur, même groupe de voyage

Personnel en charge du ménage (hôtel, domicile, etc.)

Autres, précisez :

4. Date et circonstance(s) des contacts avec le cas confirmé symptomatique de COVID-19

Date du premier contact	___/___/___
Période du dernier contact	___/___/___
Circonstances de contacts les plus étroits (décrire)

5. Apparition de signes cliniques évocateurs d'infection (depuis dernier contact avec le cas confirmé ou depuis retour de zone affectée du co-exposé du cas confirmé)

D0 = date du dernier contact avec le cas confirmé symptomatique pour un sujet contact ou date du retour d'une zone affectée par le virus SARS-COV-2 pour un co-exposé (cf plus haut) : ___/___/___

Dans le système informatique, les données ci-dessous concernant l'évaluation quotidienne de l'état de santé du contact font l'objet d'une fiche par jour, à date de suivi

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** = fatigue/malaise ; **Fr** = sensation de fièvre non mesurée ;

My = myalgies / courbatures ; **Ma** = mal de gorge ; **T** = toux ; **Dy** = dyspnée ;

SDRA = syndrome de détresse respiratoire aiguë ; **Rh** = rhinite , **CO** = conjonctivite ;

Au = autre signe, préciser

Le contact devient un cas possible ce jour Oui Non

Pour tout personnel hospitalier sujet contact d'un cas confirmé

Accepteriez-vous d'être recontacté pour une étude épidémiologique menée par Santé publique France et/ou ses partenaires ? Oui Non NSP