

Document à l'intention des cliniciens

Document d'aide à la classification d'un cas suspect d'infection à MERS-Coronavirus (MERS-CoV) (Fiche 1)

La définition de cas en vigueur est disponible sur [le site de l'ANSP](#)

1. Signalement

Date du signalement : / _____ /

Nom de la personne effectuant le signalement :

Organisme : Etablissement :

..... Service :

Département : Ville :

Téléphone : Email :

Nom et coordonnées de la personne ayant reçu le signalement :

Téléphone :

2. Identité du patient

Nom : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : / _____ / ou âge : / _____ / (années) ou en (mois) / _____ /

Adresse du domicile en France :

Commune : Code Postal :

Tel domicile : Tel portable : Profession :

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

A - Séjour ou transit dans une zone considérée à risque* Oui Non

*Zone à risque : se référer à la définition de cas disponible sur le site de l'ANSP

Si oui, précisez : Pays Date d'arrivée Date de départ
..... / _____ / / _____ /
..... / _____ / / _____ /

Type de séjour /voyage : Tourisme Pèlerinage Résidence Escale Autre Précisez :

B - Contact étroit** avec un cas possible ou confirmé d'infection à MERS-CoV pendant sa phase symptomatique

** contact étroit, en face à face à moins d'1 mètre ou lors du soin en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact)

Oui Non NSP

Si oui, précisez :

Date de dernière exposition à ce cas possible ou confirmé : / _____ / Identifiant de ce cas | _____ |

C - Contact avec un établissement de santé de la zone à risque* Oui Non NSP

Si oui : Précisez Type de contact : Travail Hospitalisation Consultation Visite

Précisez le type et coordonnées si établissement de santé :

Dates du contact ou séjour : du / _____ / au / _____ /

D - Contact proche avec un dromadaire ou un produit issu de l'animal

(lait non pasteurisé, viande crue, urine) Oui Non NSP

Si oui, précisez, le type d'animal et de contact : Date du dernier contact : / _____ /

E - Cas lié à une situation de cas groupés d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisées Oui Non NSP

Si oui, précisez, le lieu et nombre de personnes symptomatiques et les symptômes :

4. Dans l'entourage du cas

Y a-t-il une (des) personne(s) également symptomatique(s)? Oui Non NSP

Si oui précisez : Conjoint Autre personne vivant sous le même toit

Voisins, collègues de travail Autres

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

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"/>		
Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Si oui, précisez :		

6. Caractéristiques cliniques du cas suspect

Date de début des signes cliniques :

Signes cliniques au moment du signalement (Cochez les cases correspondantes et précisez les dates d'apparition)

- Fièvre, précisez : / ____ /°C Le : / _____ / Prise d'antipyrétique dans les 6 heures
- Fièvre antérieure si pas de fièvre au moment du signalement : précisez : / ____ /°C le : / _____ /
- Syndrome fébrile sans fièvre objectivée
- Toux date : / _____ / Dyspnée date : / _____ /
- SDRA date : / _____ / Diarrhée Date : / _____ /
- Autres signes cliniques Précisez :
- Auscultation pulmonaire anormale
- Tableau évocateur d'infection du parenchyme pulmonaire. Précisez :
- Tableau clinique sévère. Précisez :

Saturation O2 % Date Fréquence respiratoire : Date

Examens radiologiques

Radiographie du thorax Date: Normale Atteinte du parenchyme Autre Précisez

Scanner thoracique Date: Normal Atteinte du parenchyme Autre Précisez

Autres étiologies recherchées Oui Non Si oui, précisez lesquelles et résultats :

Éléments biologiques éventuels:

Commentaires :

7 Classement du cas

Critères pour le classement

Exposition à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau clinique compatible avec la définition de cas	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau radiologique compatible avec la définition de cas	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Personne(s) contactée(s) pour aide au classement du cas

Aucune Autre clinicien Infectiologue Epidémiologiste /Autre

Coordonnées de(s) la personne(s) contactée(s) :

Cas nécessitant une ré-évaluation avant classement

Date du classement : / _____ / Cas exclu

Cas répondant à la définition de cas possible nécessitant l'appel de l'ARS pour classement

Nom et Coordonnées de la personne de l'ARS contactée :

Téléphone :

Conclusion du classement avec ARS Cas possible Cas exclu Cas nécessitant une ré-évaluation avant classement

Commentaires :

Si nouvelle évaluation du cas : Date : / _____ / Cas possible Cas exclu

Commentaires :