

Infection à MERS-Coronavirus (MERS-CoV)
Document de classification et de suivi des cas par l'ARS (Fiche 2)

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

1. Signalement

Date du signalement : /_____/_____/_____. Identifiant du cas : |_____|

Nom de la personne effectuant le signalement :

Etablissement : Service :

Ville : Département :

Téléphone : Email :

Nom et coordonnées de la personne ayant reçu le signalement :

.....

Région :

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 Oui Non NSP
** 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)

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

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 Critères de classement du cas

Date de début des signes du patient : / _____ /

Exposition à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes Oui Non

Tableau clinique compatible avec la définition de cas Oui Non

Tableau radiologique compatible avec la définition de cas Oui Non

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

Avant appel à l'ARS

Autre clinicien

Infectiologue

Après appel à l'ARS

Aucune

Epidémiologiste /Autre

Coordonnées de(s) la personne(s) qui ont été contactée(s) :

6 Classement du cas

Date du classement : / _____ / Cas exclu Cas possible Cas nécessitant une ré-évaluation avant le classement

Commentaires :

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

Commentaires :

Si cas possible continuer la suite questionnaire

7. 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 Nom et coordonnées d'un contact proche :

.....

Téléphone :

Si séjour dans la zone à risque, le cas possible a-t-il voyagé ? Accompagné En groupe

Nom et coordonnées de l'agence de voyage :

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

8. Orientation du patient

Transfert du patient dans un établissement dédié : Oui Non Date du transfert : / _____ /

Nom de l'établissement d'hospitalisation :

Service :

Ville :

Coordonnées du service :

.....

Mesures de protection autour du cas Oui Non NSP Date de mise en place des mesures de protection : / _____ /

Pour le suivi du patient se référer à la suite du questionnaire Section 9 et CAT Avis du HCSP et MARS

**Infection à MERS-Coronavirus (MERS-CoV)
Suivi du CAS POSSIBLE**

Signalement

Identifiant du cas : _____ Date du signalement : /_____/

9. Suivi des prélèvements du cas possible

Date de début des signes (J0) : /_____/

Se référer à l'algorithme des prélèvements microbiologiques (Avis du HCSP)

1^{er} prélèvement : Date : /_____/

Nom du laboratoire réalisant les analyses :

Prélèvement effectué à J0 J1 J2 J3 J4 J>4
de la date de début des signes : /_____/

Prélèvement profond : Oui Non
Type de prélèvement Crachat Crachat induit LBA Aspiration trachéale
Résultat Positif Négatif Indéterminé

Naso/ Rhinopharyngé Oui Non
Résultat Positif Négatif Indéterminé

Selles ou écouvillon rectal (si diarrhée) Oui Non fait NSP

Sanguin Oui Non fait NSP

Ré évaluation du patient : Date : /_____/ Evolution favorable Oui Non

Se référer à l'algorithme des prélèvements microbiologiques

Commentaires :

2^{ème} prélèvement nécessaire : Oui Non **Si non passez à la section 11 et 12 pour classement du cas**

2^{ème} prélèvement : Date : /_____/

Nom du laboratoire réalisant les analyses :

Prélèvement effectué à J1 J2 J3 J4 J>4
de la date de début des signes : /_____/

Prélèvement profond : Oui Non
Type de prélèvement Crachat Crachat induit LBA Aspiration trachéale
Résultat Positif Négatif Indéterminé

Naso/ Rhinopharyngé Oui Non
Résultat Positif Négatif Indéterminé

Ré évaluation du patient : Date : /_____/ Evolution favorable Oui Non

Se référer à l'algorithme des prélèvements microbiologiques

Commentaires :

3^{ème} prélèvement nécessaire : Oui Non **Si non passez à la section 11 et 12 pour classement du cas**

3^{ème} prélèvement : Date : / _____ / Prélèvement effectué à J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> J3 <input type="checkbox"/> J4 <input type="checkbox"/> J>4 <input type="checkbox"/> de la date de début des signes :	Nom du laboratoire réalisant les analyses :
Prélèvement profond : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type de prélèvement <input type="checkbox"/> Crachat <input type="checkbox"/> Crachat induit <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aspiration trachéale Résultat <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé	
Naso/ Rhinopharyngé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé	
Ré évaluation du patient : Date : / _____ / Evolution favorable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Se référer à l'algorithme des prélèvements microbiologiques</i> Commentaires : Passez à la section 11 et 12 pour classement du cas	

10. Résultats pour autres étiologies			
Virus influenzae	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Rhinovirus	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Métagroupevirus	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Virus respiratoire syncytial (VRS)	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Virus para-influenzae (PIV)	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Autre étiologie identifiée, précisez :			

11. Classement final du cas possible	
Date du classement : / _____ /	
Cas confirmé <input type="checkbox"/>	<i>Si cas confirmé, renseigner le questionnaire dédié disponible sur le site de l'ANSP</i>
Cas exclu <input type="checkbox"/>	Précisez les motifs d'exclusion
	<input type="checkbox"/> 1 ^{er} prélèvement négatif <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} prélèvement négatif <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} prélèvement négatif <input type="checkbox"/> Evolution très favorable <input type="checkbox"/> Diagnostic différentiel <input type="checkbox"/> Autres : précisez

12. Evaluation du patient à l'issue du classement final	
Date : / _____ /	
	<input type="checkbox"/> Sortie à domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisé en réanimation ou soins intensifs <input type="checkbox"/> Hospitalisé en service de médecine ou autre service <input type="checkbox"/> Transféré dans un autre hôpital : précisez <input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Autre : précisez :