



Fiche individuelle cas suspect de coronavirus

Usage interne au laboratoire :

Fiche numéro : _____

Numéro Viro : _____

Date de réception : JJ/MM/AAAA Heure : HH/MM

Prélèvement conforme : Oui Non Contacts : Dvsser : Tel 034 47 184 90 email : sersurepi@yahoo.fr ; astreintes IPM : T
email: jmheraud@pasteur.mg, norosoaa@pasteur.mg, rijoely@pasteur.mg,

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|-------|
| Date | JJ/MM/AAAA | Fiche complétée par (Nom et prénom): _____ | | Contact Tél : _____ | |
| Il s'agit d'un | Nouveau cas suspect <input type="checkbox"/> | Si contact d'un cas connu, Veuillez remplir la partie à coté | | Nom et prénom du cas index : _____ | |
| | Contact d'un cas index <input type="checkbox"/> | | | Date de naissance du cas index : JJ/MM/AAAA: _____ | |
| Déteecté à un point d'entrée ? Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | | Si oui, date : JJ/MM/AAAA | | Point d'entrée : _____ | |
| Détail du patient | | | Détail du médecin qui a fait l'alerte | | |
| Numéro du dossier (si disponible): _____ | | | Nom : | _____ | |
| Nom : | _____ | Date de naissance | JJ/MM/AAAA | Prénom : | _____ |
| Prénom : | _____ | Genre: | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Hôpital/service : | _____ |
| Adresse : | Résident <input type="checkbox"/> Non-Résident <input type="checkbox"/> (Préciser) | _____ | | Contact : | _____ |
| Adresse de résidence ¹ : | _____ | | | _____ | |
| _____ | _____ | | | _____ | |
| Numéro(s) de téléphone : | _____ | | | Email : | _____ |
| COORDONNÉES DE L'ACCOMPAGNANT | | | | | |
| Nom: | _____ | Prénom: | _____ | | |
| Relation avec le patient: | _____ | Contact: | _____ | | |
| SIGNES ET SYMPTÔMES | | | | | |
| Date de début des symptômes: | JJ/MM/AAAA | Date de consultation / admission: | JJ/MM/AAAA | | |
| Date de mise en isolement : | JJ/MM/AAAA | _____ | | | |
| Symptômes (à cocher) | Fièvre (≥38°C) / Antécédent de fièvre <input type="checkbox"/> | Respiration sifflante <input type="checkbox"/> | Tirage intercostal <input type="checkbox"/> | Diarrhée <input type="checkbox"/> | |
| | Toux <input type="checkbox"/> | Douleur thoracique Cyanose <input type="checkbox"/> | Céphalées <input type="checkbox"/> | Conjonctivite <input type="checkbox"/> | |
| | Hémoptysie <input type="checkbox"/> | Myalgies <input type="checkbox"/> | Confusion <input type="checkbox"/> | Eruption cutanée <input type="checkbox"/> | |
| | Maux de gorge <input type="checkbox"/> | Arthralgies <input type="checkbox"/> | Convulsions <input type="checkbox"/> | Ulcères cutanés <input type="checkbox"/> | |
| | Rhinorrhée <input type="checkbox"/> | Fatigue ; malaise <input type="checkbox"/> | Douleurs abdominales <input type="checkbox"/> | Adénopathie <input type="checkbox"/> | |
| | Otalgie <input type="checkbox"/> | Dyspnée <input type="checkbox"/> | Vomissements, nausées <input type="checkbox"/> | Hémorragie (préciser) : <input type="checkbox"/> | |
| | Autres symptômes <input type="checkbox"/> (Préciser) : _____ | | | | |
| DIAGNOSTIC | | | | | |
| • -ce que le patient a des signes cliniques ou radiologiques de pneumonie ? | | Est | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |
| • -ce qu'une radiographie pulmonaire a été effectuée ? | | Est | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, résultat: _____ | | |
| • -ce que le patient présente des signes de détresse respiratoire aigüe ? | | Est | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | |

Cette section est un prérequis pour les tests au laboratoire concernant le 2019-nCoV, veuillez bien remplir autant que possible.
Si les questions ne sont pas bien remplies ou incomplètes, les tests au laboratoire pourraient être retardé

Dans les 14 jours avant le début des symptômes, est ce que le patient :

| | | |
|---|---|--|
| • | A un contact étroit ² avec un cas confirmé d'infection au 2019-nCoV ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> |
| • | Est un personnel de santé en contact avec des patients présentant une infection respiratoire aiguë sévère ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> |
| • | Est-ce que le patient a fait partie d'un cluster d'infection respiratoire sévère d'étiologie inconnue durant les derniers 14 jours ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> |
| • | Si le patient a eu un contact étroit avec un cas confirmé 2019-nCoV ou un voyageur malade provenant d'un pays où le 2019-nCoV circule au niveau communautaire (épidémie déclarée), veuillez remplir la partie ci-dessous concernant le mode du contact. | |
| Centre de soins <input type="checkbox"/> Dans la famille <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Transport publique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser : _____ | | |
| • | A visité ou travaillé dans un marché d'animaux vivant dans les 14 jours avant le début des symptômes ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> |
| ○ | Si oui, préciser la localisation/ville/pays où a lieu l'exposition: _____ | |
| • | A visité un établissement de soins (en tant que patient ou simple visiteur) d'un pays où le 2019-nCoV circule au niveau communautaire (épidémie déclarée) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> |
| • | A voyagé d'un pays où le 2019-nCoV circulent ou un autre pays où le 2019-nCoV circule au niveau communautaire (épidémie déclarée) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> |

NOTION DE VOYAGE

Si le patient a voyagé en dehors de Madagascar dans les 14 derniers jours, veuillez compléter la section voyage ci-dessous.

| Pays / Ville(s) visité(s) | Date d'arrivée | Date de départ |
|-----------------------------------|----------------|----------------|
| 1 : Pays : _____ Ville(s) : _____ | JJ/MM/AAAA | JJ/MM/AAAA |
| 2 : Pays : _____ Ville(s) : _____ | JJ/MM/AAAA | JJ/MM/AAAA |
| 3 : Pays : _____ Ville(s) : _____ | JJ/MM/AAAA | JJ/MM/AAAA |

COMORBIDITES

TREATMENT/MANAGEMENT

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------------|--|
| Asthme: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Pathologie cardiaque: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Patient hospitalisé: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Admission en Réanimation: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> |
| Maladie respiratoire chronique: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Insuffisance rénale chronique | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Oxygénothérapies: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Ventilation mécanique: | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> |
| Pathologie hépatique modérée ou sévère | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Troubles neurologiques chroniques | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Antiviral | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Antibiotiques | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> |
| Diabètes | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Immunodépression | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Si oui, préciser _____ | | Si oui, préciser _____ | |
| HIV | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Obésité | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Total des leucocytes: | _____ | | |
| Grossesse | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Tuberculose | <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Nsp <input type="checkbox"/> | Rapport neutrophile/lymphocytes%: | _____ | | |
| Autre (Préciser) : _____ | | | | Autre (Préciser) : _____ | | | |

PRELEVEMENT

EVOLUTION

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|---------|------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Date de prélèvement : | JJ/MM/AAAA | Heure de prélèvement : | HH : MM | Toujours hospitalisé : | <input type="checkbox"/> | |
| Type: | Gorge | <input type="checkbox"/> | | Sortie normale | <input type="checkbox"/> | Date de sortie: JJ/MM/AAAA |
| | Nasal | <input type="checkbox"/> | | Transféré | <input type="checkbox"/> | Etablissement : _____ |
| | Nasopharyngé | <input type="checkbox"/> | | Décédé | <input type="checkbox"/> | Date de décès JJ/MM/AAAA |
| | Aspiration bronchique | <input type="checkbox"/> | | Autre | <input type="checkbox"/> | (Préciser) _____ |
| | Autres | <input type="checkbox"/> (Préciser) : _____ | | | | |

*** ces informations sont susceptibles d'évoluer en fonction des informations disponibles concernant cet épisode

¹ Si le patient n'est pas résident permanent à Madagascar, préciser aussi son adresse à Madagascar

² Le contact étroit est définie en étant : a) toute personne ayant partagé les mêmes lieux de vie que le cas index lorsque celui-ci était symptomatique (par exemple, famille, même chambre d'hôpital, personnel de soins, voisins de classe ou bureaux, voisin du cas dans un train ou avion) ou ayant eu un contact direct en face à face à moins de 2 mètres d'un cas possible ou confirmé au moment d'une toux, éternuement ou discussion, en absence de mesure de protection efficace (précaution standard + air+ contact ; ou b) ayant un contact direct avec des sécrétions biologiques infectieux (exemple, se faire tousser dessus). En absence de mesure de protection efficace.

³ Vérifier le site web de l'OMS pour voir les pays ayant reporté des cas confirmés de 2019-nCoV <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>