

Annexe 1 – Formulaire de déclaration des cas d'infections respiratoires aiguës sévères de l'Ontario

<p>ID du cas SIISP : _____</p> <p style="text-align: center;">DOSSIER DU CLIENT</p> <p>Nom de famille : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Adresse domiciliaire habituelle : _____</p> <p>Ville : _____ Province/Territoire : _____</p> <p>Code postal : _____</p> <p>Bureau de santé responsable : _____</p> <p>Succursale : _____</p> <p>Bureau de santé ayant fait le diagnostic : _____</p> <p>N^o(s) de téléphone : _____ - _____</p> <p>Date de naissance : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)</p>	<p style="text-align: center;">Renseignements sur le MANDATAIRE</p> <p>Le déclarant est-il un mandataire? (p. ex., pour un patient décédé, un enfant)</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (fournir les renseignements ci-dessous)</p> <p>Nom de famille : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Lien avec le cas : _____</p> <p>N^o(s) de téléphone : _____ - _____</p>
Coordonnées du déclarant du bureau de santé	
<p>Nom : _____</p> <p>N^o de téléphone : _____ - _____</p> <p>Courriel : _____</p>	

Formulaire de déclaration des cas d'agents pathogènes respiratoires émergents et des infections respiratoires aiguës sévères

2) RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	
<input type="checkbox"/> Déclaration initiale <input type="checkbox"/> Déclaration mise à jour	Date de la déclaration : ____/____/_____ (aaaa-mm-jj)
S'agit-il d'une éclosion ou d'un cas lié à une grappe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser le numéro d'identification local de l'éclosion : _____ Nombre de personnes malades touchées par l'éclosion : _____	Réservé à l'usage de la Province L'éclosion a-t-elle été déclarée et publiée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si le cas est lié à une éclosion provinciale/territoriale, préciser le numéro d'identification provincial/territorial : _____
3) RENSEIGNEMENTS SUR LE CAS : MALADIE/AGENT ÉTIOLOGIQUE/SOUS-TYPE	
<input type="checkbox"/> Infection respiratoire aiguë sévère <input type="checkbox"/> Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (nCoV-SRMO) <input type="checkbox"/> COVID-19, Wuhan, Chine <input type="checkbox"/> Autre nouvel agent pathogène des voies respiratoires <i>Préciser :</i>	<input type="checkbox"/> Nouvelle grippe A <input type="checkbox"/> H1__ <input type="checkbox"/> H3__ <input type="checkbox"/> H5__ <input type="checkbox"/> H7__ <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Nouvelle grippe B : _____
4) RENSEIGNEMENTS SUR LE CAS : CLASSEMENT DU CAS <small>(consulter les définitions de cas de l'Ontario)</small>	
<input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Suspect confirmé <input type="checkbox"/> Probable	
5) DOSSIER DU CLIENT : RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES	
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	Âge : _____ ans <i>Si moins de 2 ans</i> _____ mois <input type="checkbox"/> Inconnu
La personne affectée est-elle désignée comme autochtone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus de répondre <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, indiquer le peuple : <input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inuit La personne affectée habite-t-elle la plupart du temps sur une réserve des Premières Nations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Refus de répondre <input type="checkbox"/> Inconnu	

6) SYMPTÔMES (cocher toutes les réponses pertinentes)

Date de l'apparition des premiers symptômes : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fièvre (≥ 38 °C) | <input type="checkbox"/> Ganglions lymphatiques enflés | <input type="checkbox"/> Essoufflement/difficulté respiratoire | <input type="checkbox"/> Saignements de nez |
| <input type="checkbox"/> Fébrilité (température non prise) | <input type="checkbox"/> Éternuements | <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques | <input type="checkbox"/> Érythème |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Conjonctivite | <input type="checkbox"/> Anorexie/perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Crises |
| <input type="checkbox"/> Production d'expectorations | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Nausées | <input type="checkbox"/> Vertiges |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Fatigue/prostration | <input type="checkbox"/> Vomissements | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rhinorrhée/congestion nasale | <input type="checkbox"/> Malaise/frissons | <input type="checkbox"/> Diarrhée | _____ |
| <input type="checkbox"/> Maux de gorge | <input type="checkbox"/> Myalgie/douleurs musculaires | <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> Aucun symptôme |
| | <input type="checkbox"/> Arthralgie/douleurs articulaires | | |

7) SYMPTÔMES, INTERVENTIONS, et RÉSULTATS

Date de la première visite aux fins d'obtention de soins médicaux : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

Évaluations cliniques (cocher toutes les réponses pertinentes)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Altération de l'état mental | <input type="checkbox"/> Encéphalite | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Arythmie | <input type="checkbox"/> Hypotension | <input type="checkbox"/> Sepsie |
| <input type="checkbox"/> Signes cliniques ou radiologiques de pneumonie | <input type="checkbox"/> Méningisme/raideur de la nuque | <input type="checkbox"/> Tachypnée (fréquence respiratoire accélérée) |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic de syndrome de détresse respiratoire aiguë | <input type="checkbox"/> Saturation en oxygène ≤ 95 % | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |

La personne affectée a-t-elle été hospitalisée?

-
- Oui
-
- Non
-
- Inconnu

Diagnostic au moment de l'admission : _____

Date d'admission : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

Date de réadmission : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

La personne affectée a-t-elle été admise à l'unité de soins intensifs?

-
- Oui
-
- Non
-
- Inconnu

Date d'admission à l'unité de soins intensifs : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

Date de sortie de l'unité de soins intensifs : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

La personne affectée a-t-elle été placée en isolement hospitalier? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le type d'isolement (p. ex., précaution contre la transmission par gouttelettes, pression négative) : _____

Oxygénothérapie d'appoint Oui Non InconnuVentilation artificielle Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le nombre de jours sous ventilation : _____

Personne affectée sortie de l'hôpital <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Date de sortie 1 : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)
Personne affectée transférée dans un autre hôpital <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Date de sortie 2 : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)
	Date de transfert : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

Situation actuelle : Rétablissement Stabilisation Aggravation Décès
 ____/____/____ (aaaa-mm-jj)

Autopsie effectuée : Oui En attente Non Inconnu

Le décès est-il attribué ou lié à la maladie respiratoire? Oui Non Inconnu

La maladie respiratoire était-elle la cause sous-jacente du décès? Oui Non Inconnu

Cause du décès (indiquée sur le certificat de décès) :

8) FACTEURS DE RISQUE (cocher toutes les réponses pertinentes) Aucun

Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser :</i>	Hémoglobinopathie/ anémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser :</i>
Maladie hépatique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser :</i>	Traitement immunosuppresseur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser :</i>
Maladie métabolique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Si oui, préciser :</i> Inconnu <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Obésité (indice de masse corporelle > 30) <input type="checkbox"/> Autre : _____ _____	Consommation d'alcool ou de drogues <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser :</i> <input type="checkbox"/> Tabagisme (actuel) <input type="checkbox"/> Abus d'alcool <input type="checkbox"/> Consommation de drogues injectables <input type="checkbox"/> Autre : _____
Néphropathie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser :</i>	Malignité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Si oui, préciser :</i> Inconnu
Maladie respiratoire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser :</i> <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Autre : _____	Autres maladies chroniques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Si oui, préciser :</i> Inconnu

Troubles neurologiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser :</i> <input type="checkbox"/> Trouble neuromusculaire <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Autre : _____	Grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser la semaine de grossesse en cours :</i> _____
Immunodéficience <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <i>Si oui, préciser :</i>	Post-partum (≤ 6 semaines) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

9) TRAITEMENT (tout renseignement supplémentaire peut être transmis sur une autre page au besoin)

Un traitement préventif a-t-il été prescrit à la personne affectée avant l'apparition des symptômes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Préciser le nom du traitement : _____ Date de la première dose : ____/____/____ (aaaa-mm-jj) Date de la dernière dose : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)
--	---

Traitement de la personne affectée pour lutter contre cette infection : <input type="checkbox"/> Médicaments antiviraux <input type="checkbox"/> Traitement antibiotique ou antifongique <input type="checkbox"/> Traitement immunosuppresseur ou immunorégulateur <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Autre	Préciser le nom du traitement (1) : _____ Date de la première dose (1) : ____/____/____ (aaaa-mm-jj) Date de la dernière dose (1) : ____/____/____ (aaaa-mm-jj) Préciser le nom du traitement (2) : _____ Date de la première dose (2) : ____/____/____ (aaaa-mm-jj) Date de la dernière dose (2) : ____/____/____ (aaaa-mm-jj)
---	--

10) INTERVENTIONS : IMMUNISATIONS

La personne affectée a-t-elle reçu le vaccin contre la grippe saisonnière de l'année <i>en cours</i> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Pas encore disponible	<i>Si oui, préciser la date de la vaccination :</i> ____/____/____ (aaaa-mm-jj)
La personne affectée a-t-elle reçu le vaccin contre la grippe saisonnière de l'année <i>précédente</i> ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
La personne affectée a-t-elle déjà reçu un vaccin antipneumococcique? <i>Si oui, préciser l'année de la dose la plus récente :</i> ____/____/____ (aaaa-mm-jj) <i>Si oui, préciser le type de vaccin :</i> <input type="checkbox"/> Polysaccharide ou <input type="checkbox"/> Conjugué : 7 ou 13	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

11) DONNÉES SUR LE LABORATOIRE**Microbiologie/Virologie/Sérologie** (remplir le tableau le cas échéant)

Identification du laboratoire	Date de prélèvement de l'échantillon	Type et source de l'échantillon	Méthode d'essai	Résultats de l'essai	Date de l'essai

Résistance aux antimicrobiens des agents étiologiques soupçonnés (remplir le tableau le cas échéant)

Identification du laboratoire	Nom de l'antimicrobien	Type et source de l'échantillon	Méthode d'essai	Résultats de l'essai	Date de l'essai

12) EXPOSITIONS (ajouter des renseignements dans la section prévue pour les commentaires, au besoin)**Voyage**

La personne affectée a-t-elle voyagé en dehors de sa province/son territoire de résidence ou à l'extérieur du Canada au cours des 14 jours qui ont précédé l'apparition des symptômes? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser ci-dessous (des renseignements supplémentaires peuvent être transmis sur une page distincte au besoin)

	Pays/ville visité(s)	Hôtel ou lieu de résidence	Dates du voyage
Voyage 1			
Voyage 2			

La personne affectée a-t-elle pris l'avion ou un autre transporteur public au cours des 14 jours ayant précédé l'apparition des symptômes? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser ci-dessous :

Mode de déplacement	Nom du transporteur	N° du vol / transporteur	N° de siège	Ville d'origine	Dates du voyage

Humaine

Au cours des 14 jours ayant précédé l'apparition des symptômes, la personne affectée était-elle en contact étroit (*a pris soin de, a habité avec, a passé un temps considérable dans un endroit fermé [p. ex. avec un collègue] ou a été en contact direct avec d'autres sécrétions respiratoires*) **AVEC** :

un cas confirmé de la même maladie? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le numéro d'identification du cas : _____

un cas probable de la même maladie? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser la maladie : _____ et le numéro d'identification du cas : _____

une personne qui a eu de la fièvre, des symptômes respiratoires (toux ou mal de gorge) ou une maladie respiratoire comme la pneumonie? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser le type de contact :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Membre du ménage | <input type="checkbox"/> Personne ayant voyagé hors du Canada |
| <input type="checkbox"/> Personne travaillant dans un milieu de soins | <input type="checkbox"/> Personne travaillant dans un laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Personne travaillant avec des patients | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Personne travaillant avec des animaux | |

Où l'exposition a-t-elle eu lieu?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Au domicile | <input type="checkbox"/> Dans un milieu de soins (p. ex., hôpital, foyer de soins de longue durée, cabinet d'un fournisseur de soins communautaire) |
| <input type="checkbox"/> À l'école ou à la garderie | <input type="checkbox"/> Autre milieu institutionnel (résidence d'étudiants, refuge/foyer de groupe, prison, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sur une ferme | <input type="checkbox"/> Dans un moyen de transport (place, train, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) | |

Professionnelle ou résidentielle :

La personne affectée est un :

- travailleur de la santé ou un bénévole Pensionnaire d'un établissement institutionnel
(résidence d'étudiants, refuge/foyer de groupe, prison, etc.)
- Si oui, préciser s'il est en contact direct avec des patients : Oui Non Inconnu
- Travailleur de laboratoire manipulant des échantillons biologiques Travailleur dans une clinique vétérinaire
- Intervenant/assistant en milieu scolaire ou en garderie Travailleur agricole
- Résident d'un foyer pour personnes âgées ou d'un établissement de soins de longue durée Autre :

Animale**A. Contact direct** (toucher ou manipuler)

Au cours des 14 jours ayant précédé l'apparition des symptômes, la personne affectée a-t-elle été en *contact direct* avec des animaux ou des produits animaux (matières fécales, litières/nids, carcasses/viande fraîche, fourrure/peaux, lait de chamelle, etc.)? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser la date du dernier contact direct : ____ / ____ / ____ (aaaa-mm-jj)

Avec quels types d'animaux la personne affectée a-t-elle été en contact direct? (cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- Chats Chiens Chevaux Vaches Volaille Moutons/chèvres Oiseaux sauvages Rongeurs Porcs Chameau Serpents/reptiles
- Gibier sauvage (p. ex., cerf) Chauves-souris Autre : _____

L'animal a-t-il manifesté des symptômes de maladie, ou était-il mort? Oui Non Inconnu

Où le contact direct s'est-il produit? (cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- Domicile Lieu de travail (remplir la section professionnelle)
- Événement ou foire agricole/zoo pour enfants
- Travail en plein air/loisirs (camping, randonnée, chasse, etc.) Autre : _____

B. Contact indirect (p. ex., visiter une zone où des animaux sont présents, la traverser ou y travailler)

La personne affectée a-t-elle été en *contact indirect* avec des animaux au cours des 14 jours qui ont précédé l'apparition des symptômes? Oui Non Inconnu

Si oui, préciser la date du dernier contact indirect : ____ / ____ / ____ (aaaa-mm-jj)

Où le *contact indirect* s'est-il produit? (cocher toutes les réponses qui s'appliquent)

- Domicile Lieu de travail (remplir la section professionnelle)
- Événement ou foire agricole/zoo pour enfants
- Travail en plein air/loisir (camping, randonnée, chasse, etc.)
- Marché où des animaux, de la viande et des produits animaux sont vendus
- Autre : _____

13) RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES/COMMENTAIRES *(au besoin)*

--