INFECTION A MERS-CORONAVIRUS (MERS-COV)
QUESTIONNAIRE DE SUIVI D'UN PATIENT CONTACT EN MILIEU HOSPITALIER -

*Ce questionnaire est destiné au suivi d'un **patient contact** d'un cas confirmé symptomatique en milieu hospitalier. Ce contact doit avoir été étroit, en face à face <1 mètre en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact). La définition précise d'un sujet contact d'un cas confirmé sera définie en fonction de la situation*

Identifiant du patient contact : |__|__|__| |__|__|__|
Départ. N° d'inclusion

Identifiant du cas confirmé : |__|__|__||__|__|__|
en lien avec le sujet (donnée InVS)

1. Etablissement de santé où le patient a eu un contact avec le cas confirmé

Etablissement de santé (nom et raison sociale) : ……
Ville :…… Code Postal : /_____/ tél : …….
Directeur de l'établissement : ……. tél : …….
Coordinateur des soins (ou équivalent): …… tél : …….
Responsable de la gestion des risques : …… tél : …….

Président de la ☐ CME ☐ du CLIN ☐structure équivalente Précisez nom : …….

Responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène : …… tél : …….

Enquêteur en charge du suivi du patient contact : ……. Date du 1er entretien : ___/___/_____

2. Identifiants du patient contact 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 : ……..…

Service d'hospitalisation du patient contact : ……..

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

3. Terrain et antécédents médicaux du patient contact

Aucun antécédent	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	Cardiopathie	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Pathologie respiratoire chronique	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	Obésité	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Pathologie rénale chronique	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	Diabète	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.)					Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Grossesse en cours	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	Autre immunodépression	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Autres	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐	Si oui, précisez : ……			

4. Circonstances des contact(s) avec le cas confirmé

Nature des contacts avec le cas confirmé

Chambre d'hospitalisation commune avec le cas confirmé	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Chambre d'hospitalisation voisine de celle du cas confirmé	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐
Partage de la salle d'attente d'une consultation, de radiologie ….	Oui ☐	Non ☐	NSP ☐

Autres Oui ☐ Non ☐ NSP ☐ , si oui, précisez : ……
……..……
……..……
……..……

5. Chronologie et circonstances du (des) contact(s) avec le cas confirmé pour MERS-CoV

a. Chronologie des contacts

J0 = date de début des signes du cas confirmé ___/____/_____ *Cocher ci-dessous si contact à la date spécifiée*

J-3	J-2	J-1	**J0**	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
J …	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…	J…
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

b. Date et circonstance(s) du dernier contact avec le cas confirmé symptomatique

Date du dernier contact	Circonstances de l'exposition (notamment existence ou non de mesures de protection)
___/___/_____	…… …… ……

6. Suivi du patient contact : apparition de signes cliniques évocateurs d'infection ?

D0 = date du dernier contact avec le cas confirmé symptomatique pour le patient contact

Le sujet a-t-il présenté un (ou plusieurs) des signes ou symptômes listés ci-dessous ?

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 = asthénie / fatigue ; Ma = malaise ; My = myalgies / courbatures ; T = toux ; Dy = dyspnée ; SDRA = syndrome de détresse respiratoire aiguë ; Dh = diarrhée ; V = vomissements ; Da = douleurs abdominales ; Au = autre signe.*

7. Classement du patient contact

Date du classement : ___/___/_____ **Cas possible** ☐ **Fin de suivi** ☐

Motif de fin de suivi : ……

A noter : incitation à l'auto-exclusion du don de sang pendant les 28 jours après le dernier contact avec le cas confirmé (exclusion du don de sang dans les 28j après le retour de la zone affectée)

Si classement en cas possible, notez, ici, l'identifiant du cas attribué par l'InVS : |__|__|__| |__|__|__|
Départ. *N° d'inclusion*

Si classement en cas possible

- ***Compléter la fiche 1** du fait de l'apparition de signes / symptômes évocateurs d'infection à MERS-CoV*

Pour tout patient contact d'un cas confirmé

Souhaitez-vous participer à une éventuelle étude de séroprévalence MERS-CoV ?

Oui ☐ Non ☐ NSP ☐