Infection à SARS-CoV-2
Questionnaire d'une personne contact en ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

(les sujets à risque négligeable ne font pas l'objet d'une enquête)

Santé publique France

2 juin 2020

1. Informations sur le cas confirmé COVID-19, à compléter pour toute personne contact hospitalier

N° NIPP ou IPP du cas confirmé : |__|__|__| |__|__|__|

N° de sécurité sociale du cas confirmé : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Le cas index est-il symptomatique : Oui |__| Non |__|

Date de diagnostic ou de début des signes : ___/___/_____

Le cas index a accepté de partager son identité avec le contact : Oui |__| Non |__|

Nom : ..... Prénom : .....

Date/Heure du Signalement : ___/___/_____ à ___h___

Dernière modification : ___/___/_____ à ___h___

2. Établissement de santé de la personne contact :

- Établissement de santé (nom et raison sociale) : .....

  Ville : ..... Code Postal : /_____/ tél : .....
- Responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène :

  Nom : ..... tél : ..... Mail contact : .....
- Coordinateur des soins (ou équivalent) :

  Nom : ..... tél : ..... Mail contact : .....
- Directeur de l'établissement :

  Nom : ..... tél : ..... Mail contact : .....
- Santé au travail :

  Nom : ..... Tél : ..... Mail contact : .....

  Si société extérieure :

  Nom de la structure : .....

  Adresse : ..... Code Postal : /_____/ Commune : .....

3. Coordonnées de la personne contact :

- N° NIPP ou IPP de la personne contact : |__|__|__| |__|__|__|
- N° de sécurité sociale de la personne contact : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- La personne contact est : |__| un personnel hospitalier |__| un patient
- Nom : ..... Prénom : .....
- Sexe : |__| M |__| F Date de naissance : ___/___/_____ ou âge: __/__/ (années)
- Adresse du domicile : .....
- Commune : ..... Code Postal : /_____/ Pays : .....
- Tel domicile : ..... Tel Portable : ..... email : .....
- Profession du personnel hospitalier contact : (*si applicable*)
  - |__| Médecin / sage-femme / interne |__| Infirmier |__| Kinésithérapeute |__| Aide-soignant
    |__| ASH |__| Élève (infirmier, externe…) |__| Personnel laboratoire
    |__| Autre, précisez : .....
  - Personnel intérimaire : |__| Oui |__| Non |__| NSP
  - Personnel en renfort : |__| Oui |__| Non |__| NSP
  - Structure/service de rattachement de l'exercice professionnel : .....

4. Données relatives au contact avec le cas index :

Date du dernier contact avec le cas index : ___/___/_____

Durée du contact : |__| < 15 mn |__| ≥ 15 mn

Distance du contact : |__| ≤ 1 m |__| > 1 m et ≤ 2 m |__| > 2 m

- Circonstance(s) des principaux contacts avec le cas confirmé COVID-19 : (cocher la plus critique)

  |__| Soins directs au patient

  |__| Réunion de travail

  |__| Contact hors profession : pause, déjeuner…

  |__| Patients en chambre double

  |__| Patients en salle d'attente sans masque…

  |__| Autre type de contact (préciser) : .....

- Mesures de protection adoptées lors du contact :

Par le cas :	*Par la personne-contact :*
|__| aucune	|__| aucune
|__| masque grand public norme AFNOR ou équivalent	|__| masque grand public norme AFNOR ou équivalent
|__| masque chirurgical	|__| masque chirurgical
|__| masque FFP2	|__| masque FFP2

|__| Présence d'un hygiaphone ou d'une autre séparation physique (vitre) entre les deux

5. Situation sociale / Besoins de la personne contact (personnel hospitalier) :

- Situation au domicile : |__| vit seul |__| autre(s) personne(s) au domicile

  SI autre(s) personne(s), préciser :

  - Personnes à risque de faire une forme grave ?: |__| Oui |__| Non
  - Personne avec situation professionnelle de première nécessité (soignant…) : |__| Oui |__| Non

- La personne contact a-t-elle :

  - Besoin d'hébergement temporaire hors domicile (impossibilité d'isolement à domicile, présence de personnes fragiles au domicile, etc.) : |__| Oui |__| Non

    Si oui, préciser : .....

  - Besoin(s) logistique(s) (livraison courses, repas, médicaments, etc.) : |__| Oui |__| Non

    Si oui, préciser : .....

  - Besoin en matériels de protection :
    |__| masques chirurgicaux |__| solution hydro-alcoolique |__| Autre, préciser : .....

  - Autres besoins : préciser : .....

6. Classement de la personne contact

- Prélèvements :

N°1. Date : ___/___/_____ Nature : |__| RT-PCR |__| sérologie

Résultat : |__| positif |__| négatif |__| indéterminé |__| en attente

N°2. Date : ___/___/_____ Nature : |__| RT-PCR |__| sérologie

Résultat : |__| positif |__| négatif |__| indéterminé |__| en attente

N°3. Date : ___/___/_____ Nature : |__| RT-PCR |__| sérologie

Résultat : |__| positif |__| négatif |__| indéterminé |__| en attente

Besoins d'expertise extérieure : |__| CPias |__| ARS |__| SPFr

Transfert de la fiche à : |__| CPias |__| ARS |__| SPFr Date de transmission : ___/___/_____

7. Clôture de la fiche

Date de clôture : ___/___/_____