



Protégé B une fois rempli

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CAS D'INFECTION – MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PROTÉGÉS SUR LE CAS –

Pour usage local, provincial ou territorial seulement

NE PAS TRANSMETTRE CETTE SECTION À L'ASPC

Renseignements sur le CAS

Nom de famille :

Prénom :

Adresse résidentielle actuelle :

Ville :

Province ou territoire :

Code postal :

Région sanitaire locale :

Numéro de téléphone 1 :

Numéro de téléphone 2 :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) N°

de cas local :

N° de cas P/T :

Renseignements sur le MANDATAIRE

Le répondant est-il un mandataire? (p. ex. pour un parent décédé, un enfant)

Non Oui (veuillez fournir les renseignements demandés)

Nom de famille :

Prénom :

Lien avec le cas :

Numéro de téléphone 1 :

Numéro de téléphone 2 :

Application Alerte COVID

Est-ce que le cas a téléchargé l'application Alerte COVID?

Oui Non Inconnu

Si OUI : Est-ce que la fonction Bluetooth a été activée en tout temps sur le téléphone du cas pendant les 14 derniers jours?

Oui Non Inconnu

Si NON : Pourquoi le cas n'a-t-il pas téléchargé l'application Alerte COVID?

Est-ce que le cas a reçu sa clé à usage unique Alerte COVID? Oui Non Inconnu

Si NON : Pourquoi?

Est-ce que le cas a saisi sa clé à usage unique dans l'application Alerte COVID? Oui Non Inconnu

Si NON : Pourquoi?

Coordonnées de l'auteur de la déclaration

Prénom et nom de famille :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Instructions

- Ce formulaire doit être utilisé par des professionnels de la santé seulement et aux seules fins de la déclaration de cas probables et confirmés à leur autorité de santé locale ou provinciale, et par des moyens sécurisés.
- Si vous êtes membre du public et avez des préoccupations au sujet de la COVID-19, veuillez visiter le site : www.canada.ca/coronavirus
- Veuillez remplir le formulaire en donnant le plus de précisions possible au moment de la déclaration initiale.
- Les champs ne pourront pas tous être remplis au moment de la déclaration initiale, mais ils seront mis à jour lorsque les renseignements deviendront disponibles.

Instructions pour les autorités locales de santé publique

- Déclaration** : Veuillez utiliser les méthodes locales, provinciales ou territoriales normales pour déclarer les cas.
- Voyages** : Les autorités locales et provinciales de santé publique peuvent demander les listes de passagers directement auprès des transporteurs, si nécessaire.

Instructions pour les autorités de santé publique provinciales/territoriales

Déclaration des cas probables et confirmés : Veuillez envoyer les déclarations en utilisant les moyens sécurisés établis entre l'ASPC et ses partenaires provinciaux et territoriaux

1 | FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CAS D'INFECTION – MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

N° de cas P/T* :

ID de la personne P/T** :

Date de la déclaration (JJ/MM/AAAA) :

* Désigne un identifiant de cas unique pour chaque infection.

** Il s'agit d'un identifiant attribué à un individu spécifique, qui resterait identique même lorsqu'un cas développe une réinfection.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

DÉCLARATION INITIALE

DÉCLARATION MISE À JOUR

Province ou territoire faisant la déclaration

C.-B. Alb. Sask. Man. Ont. Qué. N.-B. N.-É. Î.-P.-É. T.-N.-L. Yn T.N.-O. Nt

Raison du test :

La personne a demandé des soins Contrôle de routine pour une maladie respiratoire Détection au point d'entrée
 Contact avec un cas Notification d'exposition possible (p. ex. par l'application Alerte COVID) Autre, précisez :

CLASSIFICATION DU CAS AUX FINS DE LA SURVEILLANCE (voir les définitions nationales de cas)

Confirmé

Probable

Réinfection

Réinfection basée sur les résultats de laboratoire : Oui Non Inconnu

Réinfection établie d'après des critères de temps : Oui Non Inconnu

En cas de réinfection (en laboratoire OU basée sur le temps), ID de cas P/T précédent* :

*N° de cas P/T attribué pour l'infection précédente

DÉTAILS DU CAS

Résidence : Résident canadien Non-résident canadien Si non-résident canadien, pays de résidence :

Région sanitaire :

Région de tri d'acheminement (trois premiers caractères du code postal de résidence) :

Type de logement :

Logement privé (maison unifamiliale)	Maison de chambres/foyer de groupe	Établissement correctionnel
Logement privé (appartement)	Résidence-services	Refuge/sans-abri
Résidence d'étudiants	Centre de soins de longue durée	Inconnu
	Foyer pour personnes âgées	Autre, précisez :

Sexe assigné à la naissance* : Masculin Féminin Intersexe Inconnu

* Ensemble d'attributs biologiques présents chez les humains et les animaux assigné à la naissance. On l'associe principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génétique, les niveaux d'hormones et la fonction hormonale ainsi que l'anatomie génitale et sexuelle.

Âge : _____

années

mois

Genre* : Masculin Féminin Autre genre Inconnu

* Déterminé par les rôles, comportements, expressions et identités des filles, des femmes, des garçons, des hommes et des personnes de divers genres établis par la société.

Catégorie raciale* (cochez toutes les réponses pertinentes) :

- Noir (personne d'ascendance africaine, afro-antillaise, afro-canadienne)
- Est-Asiatique/Asiatique du Sud-Est (personne d'ascendance chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise ou personne d'ascendance philippine, vietnamienne, cambodgienne, thaïlandaise, indonésienne ou d'une autre ascendance asiatique du Sud-Est)
- Autochtone (personne d'ascendance des Premières Nations, métisse, inuite)
- Latino (personne d'ascendance latino-américaine, hispanique)
- Moyen-Oriental (personne d'ascendance arabe, perse, de l'Asie occidentale [p. ex. afghane, égyptienne, iranienne, libanaise, turque, kurde])
- Asiatique du Sud (personne d'ascendance sud-asiatique [p. ex. indo-orientale, pakistanaise, bangladaise, sri-lankaise, indo-caribéenne])
- Blanc (personne d'ascendance européenne)
- Autre, précisez :
- Question non posée
- Préfère ne pas répondre
- Inconnu

* Indique le groupe démographique auquel le cas s'identifie le plus.

Si le cas s'identifie comme Autochtone, précisez quel groupe :

- Premières Nations
- Métis (englobe les membres d'une organisation ou d'un établissement métis)
- Inuit
- Autre groupe autochtone, précisez :
- Question non posée
- Préfère ne pas répondre

Inconnu

Est-ce que le cas habite dans une collectivité des Premières Nations (dans une réserve ou sur une terre de la Couronne) ou inuite? Oui Non Préfère ne pas répondre Inconnu

2 | FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CAS D'INFECTION – MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

EMPLOI

Est-ce que le cas est actuellement un travailleur de la santé?
(Tout rôle dans un milieu de soins de santé privé ou public : employé, bénévole, étudiant, etc.) Oui Non Inconnu
Question non posée

Si le cas est un travailleur de la santé, est-ce qu'il a fourni des soins directs aux patients* dans les 14 jours précédant la date d'apparition des symptômes?** Oui Non Inconnu
Question non posée

* Soins prodigués aux patients en personne, avec ou sans équipement de protection individuelle

** Si le cas est asymptomatique, reportez-vous à la date de collecte de l'échantillon de laboratoire positif.

Si le cas est un travailleur de la santé, quel est son emploi dans le domaine de la santé?

Préposé aux soins personnels/services de soutien à la personne ou aide-soignant

Infirmière (IA, IAA, IP)

Médecin

Professionnel paramédical (p. ex. inhalothérapeute, ergothérapeute, physiothérapeute, sage-femme, auxiliaire médical, orthophoniste, diététiste, nutritionniste, travailleur social)

Professionnel des soins dentaires

Personnel médical d'urgence

Travailleur de laboratoire

Pharmacien

Services de soutien (p. ex. nettoyeur, personnel de cuisine)

Services administratifs

Étudiant

Bénévole

Inconnu

Autre, précisez :

Si le cas n'est pas un travailleur ou un bénévole dans un milieu de soins de santé, indiquez son emploi :

Travailleur auprès d'animaux (p. ex. élevage de visons/lapins, refuge pour animaux, rétablissement de la faune, zoo, clinique vétérinaire)

Employé de bureau

Retraité

Travailleur dans un établissement correctionnel

Travailleur dans une école ou une garderie

Ouvrier agricole

Étudiant

Travailleur industriel (p. ex. mine, chantier, entrepôt)

Sans emploi

Travailleur dans un établissement de transformation de la viande

Inconnu

Travailleur de restaurant ou de bar

Autre, précisez :

Travailleur au détail (p. ex. grand magasin, magasin à bas prix, épicerie, pharmacie)

Est-ce que le cas est un travailleur en rotation* (qui voyage à l'extérieur de la province ou du territoire pour le travail)?

* Travailleur dont les quarts varient ou alternent selon un calendrier déterminé. Cette définition englobe les travailleurs des régions éloignées et isolées qui utilisent un service de navettes en avion ou en voiture (p. ex. travailleurs dans les mines d'extraction de sables bitumineux).

Oui Non Inconnu Question non posée

Est-ce que le cas est un travailleur étranger temporaire*?

* Personne qui n'est ni citoyen canadien ni résident permanent et qui travaille au Canada.

Oui Non Inconnu Question non posée

SYMPTÔMES

Date d'apparition des symptômes (JJ/MM/AAAA) :

Cas asymptomatique au moment de la déclaration

3 | FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CAS D'INFECTION – MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

PROBLÈMES DE SANTÉ et FACTEURS DE RISQUE PRÉEXISTANTS

Problème de santé ou facteur de risque	Oui	Non	Inconnu	Question non posée
Asthme				
Maladie cardiovasculaire (p. ex. insuffisance coronarienne, cardiopathie congénitale)				
Maladie cérébrovasculaire (p. ex. accident vasculaire cérébral)				
Maladie rénale chronique				
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)				
Hypertension (p. ex. tension artérielle élevée)				
Immunodépression				
Diabète				
Maladie du foie (p. ex. stéatose hépatique non alcoolique, maladie alcoolique du foie, hépatite chronique virale, cirrhose)				
Affection maligne (cancer)				
Affection neurologique ou neuromusculaire (p. ex. démence)				
Obésité (IMC ≥ 30)				
Consommation problématique de substances (alcool, drogues injectables, opioïdes*)				
<small>* La consommation problématique d'opioïdes désigne la consommation d'opioïdes non pharmaceutiques (p. ex. héroïne, carfentanil) et d'opioïdes pharmaceutiques non prescrits, ainsi que la consommation problématique d'opioïdes prescrits.</small>				
Grossesse				
Trimestre, le cas échéant : 1 ^{er} 2 ^e 3 ^e				
Post-partum (≤ 6 semaines)				
Drépanocytose				
Vapotage (au cours des 30 derniers jours)				
Tabagisme	Actuel Arrêté	N'a jamais fumé	Inconnu	Question non posée
Autre				
Précisez, le cas échéant :				

ÉVOLUTION CLINIQUE et RÉSULTATS

Cas admis à l'hôpital en raison de sa maladie (exclut les visites à l'urgence)? Oui Non Inconnu

En cas d'hospitalisation, le cas a-t-il été admis aux unités de soins intensifs (USI)? Oui Non Inconnu

Cas décédé? Oui Non Inconnu

Si le cas est décédé, est-ce que la COVID-19 était la cause du décès ou un facteur ayant contribué au décès? Oui Non Inconnu

Précisez la cause du décès (comme indiquée sur le certificat de décès) :

Date du décès (JJ/MM/AAAA) :

État (si non décédé) : Rétabli Pas encore rétabli Inconnu

Date du rétablissement (JJ/MM/AAAA) :

4 | FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CAS D'INFECTION – MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

EXPOSITIONS

Au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes*, le **cas a-t-il voyagé vers/depuis une autre province ou territoire du Canada (y compris les escales et les transits)?**

Oui Non Question non posée
Inconnu

Si oui, précisez les provinces et territoires visités (cochez toutes les cases qui s'appliquent, y compris les escales et les transits) :

C.-B. Alb. Sask. Man. Ont. Qc N.-B. N.-É. Î.-P.-É. T.-N.-L. Yn T.N.-O. Nt

Au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes*, le **cas a-t-il voyagé à l'extérieur du Canada?**

Oui Non Question non posée
Inconnu

Si oui, précisez les pays visités (y compris les escales et les transits) :

Au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes*, le **cas a-t-il été en contact étroit** avec une personne ayant fait un voyage dans les 14 jours précédents?**

Oui – le contact a voyagé au Canada
Oui – le contact a voyagé à l'étranger
Aucun contact étroit avec une personne ayant voyagé
Inconnu
Si OUI, précisez où le contact a voyagé :

Le cas a-t-il été en contact étroit** avec un **cas confirmé ou probable** dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes*?

Oui Non Question non posée Inconnu

Au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes*, le **cas a-t-il été exposé à une grappe ou une éclosion connue***?**

Oui Non Inconnu
Si oui, n° de l'éclosion (attribué par les PT) :

Précisez le ou les **lieux d'exposition** où le cas pourrait avoir acquis l'infection (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

Lieu d'exposition déterminé par l'évaluation de la santé publique locale (considérez le risque, la probabilité de transmission, le temps passé et l'activité pratiquée dans le lieu, etc.)

Source inconnue	Commerce de détail (p. ex. grand magasin, magasin à bas prix, épicerie, pharmacie)	Activité sociale (p. ex. fête privée, activité familiale)
Établissement de transformation agroalimentaire (c.-à-d. transformation de produits primaires de l'agriculture et de l'aquaculture en aliments, en fruits de mer et en boissons)	Établissement de loisirs (p. ex. gymnase, centre de santé, musée, galerie, centre communautaire)	Bureau
Milieu industriel (p. ex. entrepôt, mine)	Établissement de soins personnels (p. ex. spa, salon de barbier, salon de coiffure)	Résidence (p. ex. maison unifamiliale)
Services d'urgence (p. ex. paramédicaux, d'incendie, de police)	Transports (p. ex. système de transport municipal, taxi)	Foyer pour personnes âgées
Établissement de soins de courte durée (p. ex. hôpital, soins d'urgence, salle d'urgence)	Voyage ou tourisme (p. ex. vol, hôtel, location à court terme, croisière)	Établissement de soins de longue durée
Établissement de soins communautaires (p. ex. clinique privée, centre d'aide aux personnes handicapées)	Restaurant ou bar	Lieu d'habitation collective (p. ex. refuge, foyer de groupe, dortoir universitaire)
	Rassemblement de masse (p. ex. conférence, événement sportif)	Établissement correctionnel
		Garderie ou camp de jour
		École (primaire, secondaire, postsecondaire)
		Autre, précisez :

Type de lieu d'exposition

Collectivité Résidence personnelle Autre résidence Lieu de travail Inconnu Autre, précisez :

Exemples : 1) Si le lieu d'exposition est une école et que le cas y travaille à titre de professeur, choisissez *Lieu de travail* comme lieu d'exposition. Si le cas est un élève, choisissez *Collectivité* comme lieu d'exposition. 2) Si le lieu d'exposition est un établissement de soins de longue durée et que le cas y habite, choisissez *Autre résidence* comme lieu d'exposition. Si le cas est une infirmière qui travaille dans l'établissement de soins de longue durée, choisissez *Lieu de travail* comme lieu d'exposition.

Nombre total de contacts identifiés pour le cas :

Inconnu

* Si le cas est asymptomatique, reportez-vous à la date de collecte de l'échantillon de laboratoire positif.

** Un **contact étroit** s'entend d'une personne qui a prodigué des soins au patient, y compris les travailleurs de la santé, les membres de la famille ou les autres personnes soignantes, ou encore d'une personne qui a eu un contact physique étroit OU qui a vécu ou qui a eu autrement un contact étroit prolongé avec un cas probable ou confirmé alors que ce dernier était malade.

*** Y compris les grappes qui ne sont pas considérées comme des éclosions à déclaration obligatoire.

Éclosion de COVID-19 : Deux cas ou plus de COVID-19 liés épidémiologiquement à un contexte et/ou à un lieu précis. Exclut les résidences, car il est possible que les cas familiaux ne soient pas déclarés ou traités comme une éclosion si le risque de transmission est maîtrisé. Cette définition exclut aussi les cas groupés sur le plan géographique (p. ex. même région,

ville ou municipalité), mais qui ne sont pas liés épidémiologiquement, ainsi que les cas attribuables à une transmission communautaire.

Grappe de COVID-19 : Deux cas confirmés ou plus regroupés dans le temps et par type de milieu et/ou emplacement, sans lien épidémiologique (par exemple, exposition commune ou événement de transmission), ou jusqu'à ce qu'un lien épidémiologique soit établi. Agrégé dans le temps signifie que le début des symptômes des cas ou la date à laquelle l'échantillon de laboratoire de diagnostic a été prélevé s'ils sont asymptomatiques, s'est produit dans les 14 à 28 jours (soit une à deux périodes d'incubation maximales). L'identification d'une grappe prend en compte le type de milieu/emplacement et le niveau de transmission communautaire, et est à la discrétion de l'autorité sanitaire chargée de l'enquête.

5 | FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CAS D'INFECTION – MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

DONNÉES DE LABORATOIRE

Date de collecte de l'échantillon (JJ/MM/AAAA) :

Date du résultat du test (JJ/MM/AAAA) :

Type de test utilisé : Tests en laboratoire d'amplification des acides nucléiques Sérologie
Tests moléculaires aux points de service Tests d'antigène aux points de service Autre

Nom du laboratoire :

N° d'échantillon du laboratoire :

Le séquençage a-t-il été effectué? Oui Non Inconnu

Un variant préoccupant (VP), un variant d'intérêt (VI) ou une autre mutation d'intérêt a-t-il été identifié? Oui Non Inconnu

Résultat du criblage des variants :

Résultat du séquençage des variants :

DONNÉES RELIÉES A LA VACCINATION**Est-ce que le cas a été immunisé pour la COVID-19?** Oui Non Inconnu

Indiquer le/les vaccin(s) reçu(s) (Cocher toutes les cases qui s'appliquent)	Nombre de doses administrées	Date d'administration de la première dose (JJ/MM/AAAA):	Date d'administration de la deuxième dose (JJ/MM/AAAA):	Date d'administration de la dose subséquente (si applicable) (JJ/MM/AAAA):
Comirnaty de Pfizer-BioNTech				
Comirnaty de Pfizer-BioNTech Pédiatrique				
Spikevax de Moderna				
Vaxzevria d'AstraZeneca				
COVISHIELD				
Janssen				
Autre, spécifier:				
Inconnu				