

Questionnaire de surveillance accrue pour la détection des cas humains dans les fermes infectées par le virus de la grippe aviaire A(H5N1)

Ce questionnaire a pour objectif de fournir une base pour une enquête plus approfondie. Veuillez modifier les données en fonction des normes provinciales (par exemple, les questions démographiques) et ajouter ou supprimer des questions en fonction de l'exposition, des circonstances ou de la faisabilité.

Renseignements sur l'enquêteur

Nom :

Coordonnées :

Date de l'entrevue :

Renseignements sur le participant

(Participant à l'enquête sur la ferme ou par son mandataire en son nom)

Nom de famille :

Prénom :

Prénom préféré (si différent) :

Adresse résidentielle habituelle :

Ville : **Province/Territoire :**

Code postal :

Numéro de téléphone :

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Emploi (le cas échéant) :

Employeur actuel (le cas échéant) :

Veuillez décrire votre relation avec cette enquête sur l'exploitation agricole (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

- Je suis le propriétaire de la ferme
- Je suis le directeur de la ferme
- Je vis sur place
- Je travaille à la ferme
- Je suis le vétérinaire de la ferme
- Je transporte du matériel à destination ou en provenance de la ferme
- Je suis un visiteur de la ferme (au cours des 14 derniers jours); veuillez préciser la ou les dates de visite :

- Autre (veuillez préciser) _____

Veuillez indiquer les animaux avec lesquels vous êtes en contact dans cette ferme :

- J'ai été en contact avec au moins un type d'animal d'élevage dans les installations de la ferme (précisez) _____
- Je n'ai pas été en contact avec les animaux d'élevage dans les installations de la ferme
- J'ai été en contact avec d'autres animaux domestiques qui vivent dans cette ferme (chiens, chats, animaux d'assistance, etc.)
- Autre (veuillez préciser) _____

Faites-vous partie du Programme des travailleurs agricoles saisonniers ou du Programme des travailleurs étrangers temporaires ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas/préfère ne pas répondre

Le répondant est-il un mandataire (personne qui transcrit ou remplit le questionnaire au nom de quelqu'un d'autre) ?

- Non
- Oui (fournir l'information ci-dessous) :

Nom de famille du mandataire :

Prénom du mandataire :

Lien avec le participant :

Numéro de téléphone du mandataire :

Données démographiques

Note à l'intention des partenaires : Veuillez modifier les questions démographiques si nécessaire pour qu'elles concordent avec les normes et systèmes de données provinciaux.

Quel est le sexe qui vous a été attribué à la naissance ?

(Un ensemble d'attributs biologiques attribués chez les humains et les animaux à la naissance. Il est lié principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et leur fonction et l'anatomie du système reproducteur.

- Homme
- Femme
- Personne intersexuée
- Préfère ne pas répondre

Quel est votre genre ?

(Le terme genre renvoie aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités que la société construit pour les filles, les femmes, les garçons, les hommes, et les personnes de divers sexes et genres.)

- Homme
- Femme
- Autre genre
- Ne sait pas/ préfère ne pas répondre

À quel groupe de population ou race vous identifiez-vous le plus ?

- Noir (c.-à-d. d'origine africaine, afro-canadienne/afro-caribéenne)
- Asiatique de l'Est (c.-à-d. d'origine chinoise, coréenne, japonaise, taiwanaise)
- Latino (c.-à-d. d'origine latino-américaine, hispanique)
- Moyen-oriental, c.-à-d. d'origine arabe, perse ou d'Asie occidentale, p. ex., afghan, égyptien, iranien, libanais, turc, kurde)
- Autochtone (c.-à-d., Premières Nations, Métis, Inuits)
- Asiatique du Sud (d'origine bangladaise, indienne, indo-caribéenne, pakistanaise, sri-lankaise)
- Asiatique du Sud-Est (c.-à-d., philippins, vietnamiens, cambodgiens, thaïlandais, indonésiens, autres personnes d'origine d'Asie du Sud-Est)
- Blanc (personne d'ascendance européenne)
- Autre, préciser :
- Je préfère ne pas répondre
- Inconnu

Vous identifiez-vous comme membre d'une Première Nation, Inuit ou Métis ?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

Si oui, veuillez répondre aux deux questions suivantes. Si non, passez à Signes et symptômes.

Veuillez indiquer l'identité Autochtone à laquelle vous vous identifiez :

- Premières Nations
- Inuit
- Métis (englobe les membres d'une organisation ou d'un établissement Métis)
- Autre identité Autochtone, veuillez préciser :
- Je préfère ne pas répondre

Habitez-vous la plupart du temps dans une collectivité des Premières Nations (dans une réserve ou sur une terre de la Couronne) ou Inuite ?

- Oui
- Non
- Je préfère ne pas répondre

Signes/Symptômes

Informations sur les signes/symptômes de l'[ASPC : Grippe aviaire A \(H5N1\) : Symptômes et traitement](#) et (références croisées avec le document d'orientation GCC IA)

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous eu l'un des signes/symptômes suivants (nouveaux ou inhabituels pour vous) ?

Quatorze jours sélectionnés en fonction de la fenêtre de positivité de la RCP et pour mieux saisir l'exposition historique en cas de détection d'anticorps au jour 21 d'une RCP positive

Signes/symptômes généraux :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fébrilité/frissons (température non prise) | Oui Date de début JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Température mesurée ≥ 38° | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Douleur musculaire | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Douleur articulaire | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |

Symptômes respiratoires :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Toux | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Maux de gorge | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Écoulement nasal | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Essoufflement/difficulté respiratoire | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |

Conjonctivite :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yeux rouges et larmoyants | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Écoulement des yeux | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |

Symptômes gastro-intestinaux :

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrhée | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Vomissements | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Nausée | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |

Complications/autres symptômes :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Crises | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres signes/symptômes : _____ | Oui Date de début (JJ-MM-AAAA) : _____ |

Antécédents médicaux ou facteurs de risque**Avez-vous l'une des antécédents médicaux suivantes?****Maladie cardiaque (par exemple, maladie du cœur)**

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Maladie hépatique (par exemple, hépatite, stéatose hépatique)

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Maladie métabolique (par exemple, diabète, obésité)

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Néphropathie (par exemple, maladie du rein chronique)

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Maladie respiratoire (par exemple, asthme, emphysème, bronchite chronique, tuberculose)

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Trouble neurologique (par exemple, trouble neuromusculaire, épilepsie)

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Maladie/état d'immunodéficience (p. ex. VIH - préciser si traité ou non, cancer du sang)

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Hémoglobinopathie/anémie (problèmes liés aux taux d'hémoglobine des globules rouges/ faible taux de globules rouges entraînant de la fatigue)

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Traitemet immunsupresseur (par exemple, corticostéroïdes, anti-TNF, traitement du cancer)

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Consommation des produits du tabac ou du cannabis

- Oui. Quantité approximative par jour: _____ Non

Consommation d'alcool

- Oui. Nombre approximatif de verres par jour: _____
 Non

Consommation de drogues par injection

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Consommation d'autres drogues

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Malignité (Cancer)

- Oui. Veuillez préciser: _____
 Non

Grossesse

- Oui. Veuillez préciser le nombre de semaines de grossesse: _____
 Non

Post-partum (≤ 6 semaines)

- Oui
 Non

En allaitement, nourrissez-vous au sein ou tirez-vous du lait?

- Oui
 Non

Autre antécédents médicaux ou facteur de risque :

- Oui. Veuillez préciser : _____
 Non

Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe (vaccin antigrippal ou vaporisation nasale) entre octobre dernier et aujourd'hui ?

- Oui. Précisez le mois et l'année de la dernière vaccination (MM-AAAA) : _____
 Non
 Inconnu

Prenez-vous actuellement un antiviral (par exemple, un médicament prophylactique) en raison de votre présence dans la ferme ou de votre exposition possible à un animal infecté ?

- Oui. Précisez la date à laquelle vous avez commencé à prendre l'antiviral (JJ-MM-AAAA) : _____
 Non
 Inconnu

Exposition à l'A(H5N1) dans les fermes

Veuillez remplir les sections A à C en identifiant toutes les expositions connues aux animaux de cette ferme :

Section A : Exposition aux volailles

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact direct (par le toucher ou la manipulation) ou indirect (dans votre travail ou pendant la visite d'une zone où des animaux étaient présents) avec des volailles ou des produits de volailles (par exemple, viande, œufs) ou des sous-produits (par exemple, os, chair, plumes, sang, aliments pour animaux, litière, fumier)?

- Oui
- Non
- Ne sait pas/incertain

Si vous avez répondu oui, veuillez répondre aux questions ci-après.

Si la réponse est non ou si vous ne savez pas ou êtes incertain(e), veuillez passer à la section B.

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des volailles :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une réponse)
Attraper des volailles ou charger des volailles dans des caisses.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des volailles :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une réponse)
Nettoyer le poulailler, la volière, la cage, le camion de transport ou tout autre endroit où l'animal a été logé ou transporté.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Nourrir ou abreuver des volailles.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Vacciner des volailles ou leur administrer des médicaments.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des volailles :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une réponse)
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Abattre, débiter ou euthanasier des volailles.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Charger, décharger ou manipuler de toute autre manière des volailles mortes.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Incinérer ou composter des volailles.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des volailles :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une réponse)
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Équarrir des volailles.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Ramasser des œufs dans une ferme de volaille.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Participer au traitement des volailles malades.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des volailles :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une réponse)
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Manipuler des volailles mortes.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Vous êtes-vous approché à moins de 2 mètres des volailles pour une raison autre que celles mentionnées ci-dessus? Veuillez préciser : _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des volailles :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une réponse)
Avez-vous touché des volailles pour une raison autre que celles mentionnées ci-dessus? Veuillez préciser: _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Par ailleurs, avez-vous fait l'une des choses suivantes?**Consommer des produits crus ou insuffisamment cuits provenant de volailles (viande, œufs, sang, autres produits)?**

- Oui
 Non
 Ne sait pas/incertain

Si oui: _____ (type de produit)

L'animal était-il :

- En santé
 Malade/mort
 Résultat positif au test de A(H5N1)

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous observé des manquements à l'ÉPI (par exemple, vous avez remarqué des perforations, des déchirures, des trous dans l'ÉPI porté, l'ÉPI a glissé du visage ou des mains, il était mal ajusté, etc.)

- Oui
 Non
 Ne sait pas/incertain
 Si oui, veuillez préciser: _____

Section B : Exposition à des bovins laitiers ou de boucherie, ou des veaux

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact direct (par le toucher ou la manipulation) ou indirect (dans votre travail ou pendant la visite d'une zone où des animaux étaient présents) avec des bovins laitiers ou de boucherie, ou des veaux ou leurs produits (par exemple, lait, viande) ou des sous-produits (par exemple, os, chair, tissus, sang, aliments pour animaux, litière, fumier)?

- Oui
- Non
- Ne sait pas/incertain

Si vous avez répondu oui, veuillez répondre aux questions ci-après. Si la réponse est non ou si vous ne savez pas ou êtes incertain, veuillez passer à la section C.

*****Dans la section ci-dessous, veuillez inclure les bovins présentant une diminution de la consommation alimentaire, une modification de la consistance des matières fécales, une détresse respiratoire, une baisse de la production de lait, du lait anormal ou tout autre signe de maladie dans la catégorie des animaux « malades/affaiblis »*****

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des bovins ou des veaux :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
Charger ou décharger des bovins d'un véhicule	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min, (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Nettoyer l'étable des bovins ou des veaux, des stalles, des remorques ou d'autres endroits où l'animal a été logé ou transporté	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des bovins ou des veaux :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Nourrir ou abreuver des bovins ou des veaux?	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Assister au vêlage des bovins ou être en contact avec un nouveau veau (par exemple, pour confirmer son état de santé, lui donner du colostrum, etc.)	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des bovins ou des veaux :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Abattre ou euthanasier des bovins ou des veaux.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Travailler dans une salle de traite ou un autre lieu où la traite était activement pratiquée ou les visiter.	Oui Non Incertain	Le lait provenait-il de : <input type="checkbox"/> Vaches en santé <input type="checkbox"/> Vaches malades <input type="checkbox"/> Vaches infectées par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Utiliser, nettoyer ou toucher des machines ou de l'équipement de traite.	Oui Non Incertain	Le lait provenait-il de : <input type="checkbox"/> Vaches en santé <input type="checkbox"/> Vaches malades <input type="checkbox"/> Vaches infectées par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Transporter du lait ou des produits laitiers non transformés et non pasteurisés.	Oui Non Incertain	Le lait provenait-il de : <input type="checkbox"/> Vaches en santé <input type="checkbox"/> Vaches malades <input type="checkbox"/> Vaches infectées par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des bovins ou des veaux :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
Nettoyer une salle de traite ou un autre endroit où la traite a eu lieu	Oui Non Incertain	Le lait provenait-il de : <input type="checkbox"/> Vaches en santé <input type="checkbox"/> Vaches malades <input type="checkbox"/> Vaches infectées par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Éliminer les premiers jets de lait (expression manuelle du lait à partir de la tétine de l'animal)	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Manipuler des bovins morts	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Débiter de la viande provenant de bovins ou de veaux.		<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des bovins ou des veaux :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Participer au traitement des bovins ou de veaux malades.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Vous êtes-vous approché à moins de 2 mètres de bovins ou de veaux pour une raison autre que celles mentionnées ci-dessus? Veuillez préciser : _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des bovins ou des veaux :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
Vacciner des bovins laitières, de boucherie ou des veaux ou leur administrer des médicaments.	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé <input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue) <input type="checkbox"/> Mort <input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Pratiquer l'insémination artificielle d'une vache laitière ou de boucherie	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé <input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue) <input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Parage des sabots des bovins laitiers/de boucherie ou des veaux	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec des bovins ou des veaux :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Toucher des bovins laitière, de boucherie ou un veau pour une raison autre que celles mentionnées ci-dessus. Veuillez préciser : _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Par ailleurs, avez-vous fait l'une des choses suivantes?

Projeter des éclaboussures de lait ou d'autres fluides corporels provenant d'une bovins dans l'air ou sur votre corps.

- Oui
- Non
- Ne sait pas/incertain

Si oui, où?

- Yeux
- Nez
- Bouche
- Oreilles
- Peau
- N'ont pas touché le corps

L'animal était-il :

- En bonne santé
- Malade/mort
- Infecté par le virus A(H5N1)
- Ne sait pas

Consommer de la viande ou des organes crus ou insuffisamment cuits provenant des bovins ou de veaux?

- Oui
- Non
- Ne sait pas/incertain

Si oui, quel type de produit: _____

L'animal était-il :

- En bonne santé
- Malade/mort
- Infecté par le virus A(H5N1)
- Ne sait pas

Consommer du lait non pasteurisé provenant des bovins?

- Oui
- Non
- Ne sait pas/incertain

Si oui, quel type de produit: _____

L'animal était-il :

- En bonne santé
- Malade/mort
- Infecté par le virus A(H5N1)
- Ne sait pas

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous observé des manquements à l'ÉPI (par exemple, vous avez remarqué des perforations, des déchirures, des trous dans l'ÉPI porté, l'ÉPI a glissé du visage ou des mains, il était mal ajusté, etc.?)

- Oui
- Non
- Ne sait pas/incertain

Si oui, veuillez préciser: _____

Partie C : Exposition à d'autres animaux domestiques ou sauvages dans l'exploitation

Si vous avez été en contact avec d'autres animaux domestiques au sein de la ferme, y compris d'autres animaux d'élevage (par exemple des cochons, des chèvres) ou des animaux de compagnie (par exemple des chiens, des chats d'étable), ou des animaux sauvages au cours des 14 derniers jours, veuillez remplir cette section. Sinon, passez à l'étape 7.

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact direct (par le toucher ou la manipulation) ou indirect (dans votre travail ou pendant la visite d'une zone où des animaux étaient présents) avec d'autres animaux de la ferme, y compris des animaux domestiques ou sauvages?

- Oui
- Non
- Ne sait pas/incertain

Si vous avez répondu oui, veuillez répondre aux questions ci-après. Si la réponse est non ou si vous ne savez pas ou êtes incertain, veuillez passer à la section suivante.

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec <u>d'autres animaux</u> :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
Charger un animal dans un véhicule ou décharger un animal d'un véhicule. Précisez quel animal:	Oui Non Incertain	<input checked="" type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec <u>d'autres animaux</u>:	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
Nettoyer l'abri pour les animaux, les stalles, les cages, le camion de transport ou tout autre endroit où l'animal a été logé ou transporté. Précisez quel animal:	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé <input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue) <input type="checkbox"/> Mort <input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Nourrir ou abreuver des animaux. Précisez quel animal:	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé <input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue) <input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Abattre ou euthanasier des animaux. Précisez quel animal:	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec <u>d'autres animaux</u>:	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Assister à la mise bas d'un animal ou être en contact avec un animal nouveau-né. Précisez quel animal: _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Manipuler des animaux morts. Précisez quel animal: _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec <u>d'autres animaux</u>:	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Incinérer des animaux. Précisez quel animal: _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Débiter la viande d'un animal. Précisez quel animal: _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Participer au traitement d'animaux malades.	<u>Oui</u> <u>Non</u> <u>Incertain</u>	<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	<u>Jamais</u> <u>Parfois</u> <u>Toujours</u>	<u>Jamais</u> <u>Parfois</u> <u>Toujours</u>	<u>Jamais</u> <u>Parfois</u> <u>Toujours</u>
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	<u>Jamais</u> <u>Parfois</u> <u>Toujours</u>	<u>Jamais</u> <u>Parfois</u> <u>Toujours</u>	<u>Jamais</u> <u>Parfois</u> <u>Toujours</u>

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec <u>d'autres animaux</u>:	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
Approché à moins de 2 mètres d'un animal pour une raison autre que celles mentionnées ci-dessus. Précisez quel animal : _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Un animal de compagnie qui vit là où vous êtes logé? Précisez quel animal : _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
Toucher des animaux pour une raison autre que celles mentionnées ci-dessus. Précisez quel animal : _____	Oui Non Incertain	<input type="checkbox"/> En santé	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes avec <u>d'autres animaux</u> :	Encerclez une seule réponse	État de l'animal (remplir toutes les lignes qui s'appliquent à chaque activité)	Durée des contacts au cours des deux dernières semaines?	Portiez-vous des gants? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un masque/respirateur à l'extérieur? (encerclez une seule réponse)	Portiez-vous un écran facial ou une protection oculaire? (encerclez une seule réponse)
		<input type="checkbox"/> Malade ou affaibli (sans infection A(H5N1) connue)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Mort	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours
		<input type="checkbox"/> Infecté par le virus A(H5N1)	_____ heures/min. (encerclez une seule réponse)	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours	Jamais Parfois Toujours

Par ailleurs, avez-vous fait l'une des choses suivantes?

Avez-vous consommé des produits crus, insuffisamment cuits ou non pasteurisés provenant d'un animal de la ferme?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui : Précisez le type de produit : _____

Si oui : Précisez le type d'animal (y compris les animaux domestiques, sauvages et d'élevage) : _____

L'animal était-il :

- En bonne santé
- Malade/mort
- résultat positif au test d'A(H5N1)

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous observé des manquements à l'ÉPI (par exemple, vous avez remarqué des perforations, des déchirures, des trous dans l'ÉPI porté, l'ÉPI a glissé du visage ou des mains, il était mal ajusté, etc.?)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, veuillez préciser : _____

Autres expositions possibles au virus de l'A(H5N1)

Avez-vous déjà travaillé avec des animaux sauvages ou domestiques ou des animaux d'élevage dans un autre endroit que celui dans lequel vous travaillez actuellement?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez indiquer tous les endroits où vous avez travaillé :

Pays	Municipalité	Année	Type d'animal/activité

Autant que vous sachiez, avez-vous déjà été exposé au virus de la A(H5N1)/de l'influenza aviaire dans le passé?

- Oui.
- Non
- Inconnu

Si oui, veuillez indiquer la date d'exposition (JJ-MM-AAAA) _____

Donnez des détails sur l'exposition _____

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous fait l'une des choses suivantes :

Avez-vous voyagé en dehors de votre province/territoire de résidence ou d'emploi ou en dehors du Canada?

- Oui.
- Non
- Inconnu

Si oui, indiquez les dates du voyage : De :(JJ-MM-AAAA) : _____ à (JJ-MM-AAAA) : _____

Pays/ville visité : _____

Nom et adresse de l'hôtel ou de la résidence : _____

Avez-vous visité une autre ferme ou travaillé avec des animaux dans une autre exploitation agricole?

- Oui.
- Non
- Inconnu

Si oui, date de la dernière exposition (JJ-MM-AAAA) : _____

Si oui, avec quel type d'animal avez-vous été en contact? _____

Avez-vous assisté à des expositions ou des foires agricoles, avez-vous visité un zoo pour enfants ou avez-vous assisté à d'autres rassemblements où des personnes et du bétail étaient présents?

- Oui.
- Non
- Inconnu

Si oui, date de l'événement (JJ-MM-AAAA) : _____

Avez-vous participé à un rassemblement avec d'autres travailleurs agricoles en dehors de votre travail?

- Oui.
- Non
- Inconnu

Si oui, date du rassemblement (JJ-MM-AAAA) : _____

Avez-vous visité, travaillé ou fait du bénévolat dans une clinique vétérinaire, un centre de soins pour animaux ou un centre de réadaptation pour animaux sauvages?

- Oui
- Non
- Inconnu

Si oui, date de la visite (JJ-MM-AAAA) : _____

Contact antérieur avec un cas positif ou une personne symptomatique

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact étroit (à moins de 2 mètres) avec une personne dont le test de dépistage du virus A(H5N1) s'est avéré positif?

- Oui. Précisez les dates, du JJ-MM-AAAA _____ au JJ-MM-AAAA _____

Lien de la personne avec vous : _____

- Non
- Inconnu

Si oui, l'ÉPI a-t-il été porté pendant cette période?

- Toujours
- Parfois
- Jamais

Si oui, l'une de ces personnes faisait-elle partie de votre ménage?

- Oui.
- Non
- Inconnu

Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact étroit (à moins de 2 mètres) avec une personne qui présente ou a présenté les signes ou les symptômes suivants?

Température mesurée ≥38°, fièvre/frissons, fatigue, douleurs musculaires, douleurs articulaires, maux de tête, toux, maux de gorge, écoulement nasal, essoufflement, difficultés respiratoires, yeux rouges ou larmoyants, écoulement oculaire, diarrhée, vomissements, nausées, saignement des gencives, crises d'épilepsie, altération de l'état mental.

- Oui. Précisez les dates, du JJ-MM-AAAA _____ au JJ-MM-AAAA _____

Lien de la personne avec vous : _____

- Non
- Inconnu

Si oui, l'une de ces personnes faisait-elle partie de votre ménage?

- Oui.
- Non
- Inconnu