



## Maladie Ebola : Formulaire de déclaration de cas

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	Renseignements sur le mandataire
Nom de famille :	Le répondant est-il un mandataire? (p. ex. pour un cas gravement malade, un cas décédé, un enfant)
Prénom :	Non      Oui (veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous)
Adresse domiciliaire habituelle :	
	Nom de famille :
	Prénom :
Ville :	Lien avec le cas :
Province/territoire :	
Code postal :	Numéro de téléphone principal :
Numéro de téléphone principal :	Autre numéro de téléphone :
Autre numéro de téléphone :	
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	
N° d'id. de cas épid. :	

### Instructions

- 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.
- Les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires

#### Instructions pour les autorités locales de santé publique

- Déclaration : Les personnes visées par la surveillance (PVS) et les cas confirmés de maladie Ebola doivent être signalés immédiatement conformément aux protocoles de la province ou du territoire touché.

#### Instructions pour les autorités de santé publique provinciales/territoriales

- Déclaration : Les personnes visées par la surveillance (PVS) et les cas confirmés de maladie Ebola doivent être signalés immédiatement au Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS) de l'agence au **1 800 545-7661**.
- Les provinces et les territoires doivent présenter leurs demandes d'analyses de laboratoire diagnostiques ou de confirmation au Laboratoire national de microbiologie de l'Agence de la santé publique du Canada, au **1 866 262-8433**.

**Section 2 : Formulaire De Déclaration De Cas – Maladie Ebola**

N° de cas P/T\* : N° de cas du laboratoire\* : Date de déclaration (jj/mm/aaaa)\* :

**Renseignements Administratifs****Province ou territoire (P/T) faisant la déclaration\***

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

Autre ministère du gouvernement fédéral

Précisez l'autre ministère en question :

**Coordonnées de l'auteur de la déclaration\***

Nom :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Déclaration initiale

Déclaration mise à jour

**Classification Du Cas Aux Fins De La Surveillance** \*(consultez [les définitions nationales de cas](#))

Personne visée par la surveillance (PVS)

Confirmé

N'est pas un cas

**Renseignements Démographiques**

Genre :

Autre :

Âge :

ans

Si moins de 2 ans

mois

Ne sais pas

**Symptômes****Date d'apparition du ou des premiers symptôme(s)** (jj/mm/aaaa) :

Précisez le(s) symptôme(s) initia(ux) (consultez la liste ci-dessous) :

Fièvre ( $\geq 38,0$  °C)

Date d'apparition de la fièvre (jj/mm/aaaa) :

Indiquez tous les autres symptômes qui s'appliquent :

Fièvre ressentie

Nausées

Arthralgie

Rougeur de la conjonctive

Mal de tête

Douleurs abdominales

Myalgie

Hémorragie

Hématémèse

Vomissements

Mal de gorge

Éruption érythémateuse

Fatigue / Malaise

Diarrhée pouvant être

Douleurs thoraciques

maculopapuleuse sur le

Perte d'appétit

accompagnée de sang

tronc

Nom de la municipalité (et du pays, s'il s'agit d'un endroit à l'extérieur du Canada) où le cas est devenu malade :

Est-ce que le cas a fréquenté un établissement de santé depuis l'apparition de la maladie?

Oui

Non

Ne sais pas

Dans l'affirmative, où les établissements étaient-ils situés?

Ville

Établissement de santé :

Ville

Établissement de santé :

Ville

Établissement de santé :

Comment le cas a-t-il été transporté à l'établissement de santé? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Évacuation médicale

Véhicule privé

Véhicule commercial

Transport collectif

Ambulance

Autre (précisez) :

Évolution Clinique, Hospitalisations, Complications et Issue				
Est-ce que le cas a été hospitalisé? Oui    Non    Ne sais pas		Date d'admission (jj/mm/aaaa) :		
Est-ce que le cas a été admis à l'unité des soins intensifs (USI)? Oui    Non    Ne sais pas		Est-ce que le cas a eu besoin d'un ventilateur? Oui    Non    Ne sais pas		
Est-ce que le cas a été placé en isolement (chambre individuelle, salle de bains individuelle) et sujet à des mesures de précaution relativement aux gouttelettes et aux contacts pendant son séjour à l'hôpital? Oui    Non    Ne sais pas  Si oui, précisez la date (jj/mm/aaaa):		Des interventions médicales générant des aérosols ont-elles été pratiquées pendant l'hospitalisation? Oui    Non    Ne sais pas  Si oui, précisez le(s) intervention(s), la date et les autres renseignements pertinents : Type : Type : Type :		
Y-a-t-il eu un manquement aux mesures de PCI dans la prise en charge du cas? Oui    Non    Ne sais pas  Si oui, précisez la date (jj/mm/aaaa) :		Des moyens ont-ils été pris pour limiter la production d'aérosols? Oui    Non		
Fournissez tout autre détail pertinent:				
Est-ce que le cas a obtenu son congé de l'hôpital? Oui    Non    Ne sais pas		Date du congé (jj/mm/aaaa) :		
Données de Laboratoire				
Microbiologie / Virologie / Sérologie (remplissez cette section, le cas échéant)				
N° d'id. du laboratoire et lieu de l'analyse	Date de prélèvement de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Analyse effectuée (détection des antigènes, IgM, IgG, RT-PCR, culture virale, coloration immunohistochimique, immunofluorescence)	Type d'échantillon/site anatomique (sang prélevé dans un tube sec, salive, biopsie [précisez l'organe ou le tissu], sang prélevé à l'aide d'anticoagulants, selles/urine, écouvillon, sécrétions vaginales, lait maternel, autre [précisez])	Résultat de l'analyse (positif, négatif, titre et interprétation)
Résultat (à vérifier 4 semaines après l'apparition des symptômes)				
Vivant    Décédé    Si décédé, date du décès (jj/mm/aaaa) :				

Identification de la Source : Expositions (ajoutez d'autres détails dans la section des commentaires au besoin)						
<b>Déplacements</b>						
<p>Dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, est-ce que le cas a voyagé à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence ou à l'extérieur du Canada?</p> <p>Oui    Non    Ne sais pas</p> <p>Dans l'affirmative, précisez ce qui suit (ajoutez d'autres renseignements sur une autre page au besoin).</p>						
-	<b>Ville ou pays visité et dates de déplacement</b> pour chaque ville ou pays visité (y compris les arrêts durant le trajet)				<b>Hôtel ou résidence</b>	
Déplacement 1						
Déplacement 2						
Déplacement 3						
<p>Dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, est-ce que le cas a voyagé à bord d'un avion ou d'autres transports publics?</p> <p>Oui    Non    Ne sais pas</p> <p>Dans l'affirmative, précisez ce qui suit.</p>						
<b>Type de voyage</b>	<b>Nom du transporteur</b>	<b>N° du vol / du transporteur</b>	<b>N° du siège</b>	<b>Ville de départ</b>	<b>Ville d'arrivée</b>	<b>Date des déplacements</b>
						-
						-
<b>Exposition(s) humaine(s)</b>						
<p>Dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, est-ce que le cas a été exposé à :</p> <p>Un cas confirmé de maladie Ebola?    Oui    Non    Ne sais pas</p> <p>Dans l'affirmative, précisez le n° d'id. de cas épid. :</p> <p>Date (jj/mm/aaaa) :</p> <p>L'exposition a-t-elle eu lieu au Canada ?    Oui    Non    Ne sais pas</p> <p>Dans la négative, indiquez dans quel pays l'exposition a eu lieu :</p> <p>Au moment de l'exposition, est-ce que le cas source (cas confirmé ou PVS) était    vivant    décédé?</p> <p>Date du dernier contact avec le cas source (jj/mm/aaaa) :</p> <p>Quel était le type de contact entre le cas et le cas source? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)</p> <p> <input type="checkbox"/> contact au domicile              <input type="checkbox"/> soignant d'un membre de la famille              <input type="checkbox"/> contact sexuel              <input type="checkbox"/> travailleur de la santé<sup>1</sup> </p> <p>autre (précisez) :</p>						
<p>Dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, le cas a-t-il été hospitalisé ou a-t-il passé du temps dans un établissement de santé traitant des cas de maladie Ebola dans un pays ou une région où la transmission de la maladie Ebola est étendue et intense?</p> <p>Oui    Non    Ne sais pas</p> <p>Dans l'affirmative, précisez le lieu :</p> <p>Dans l'affirmative, précisez la date (jj/mm/aaaa) :</p>						

Dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, est-ce que le cas a été en contact avec des restes humains dans un pays ou une région où la transmission de la maladie Ebola est étendue et intense (p. ex. funérailles ou rites de sépulture)?

Oui Non Ne sais pas Dans l'affirmative, précisez la date (jj/mm/aaaa) :

Le contact avec des restes humains a-t-il eu lieu au Canada? Oui Non

Dans la négative, indiquez dans quel pays le contact avec les restes humains a eu lieu :

Est-ce que le cas portait un équipement de protection individuelle (EPI) pendant le contact avec la dépouille mortelle?

Oui Non Ne sais pas

Dans l'affirmative, y a-t-il eu un manquement à la sécurité? Oui Non Ne sais pas

### Exposition professionnelle et récréative

Profession du cas (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

Personnel d'évacuation médicale

Employé consulaire

Travailleur d'une ONG/humanitaire

Travailleur expatrié

Embaumeur

Vétérinaire, travailleur auprès d'animaux ou chasseur de gros gibier

Travailleur de laboratoire – manipulant les ebolavirus ou des liquides corporels de cas de maladie Ebola

Mineur

Prospecteur (précisez) :

Autre (précisez) :

Travailleur de la santé<sup>1</sup> (précisez) :

### Exposition à des animaux

Dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, est-ce que le cas a été en contact avec des animaux sauvages dans un pays ou une région où la transmission de la maladie Ebola est étendue et intense?

Oui Non Ne sais pas

Dans l'affirmative, précisez la date du dernier contact direct (jj/mm/aaaa) :

Pays/ville/village :

Dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, est-ce que le cas a consommé de la viande de brousse?

Oui Non Ne sais pas

Dans l'affirmative, précisez la date (jj/mm/aaaa) :

Pays/ville/village :

Avec quels types d'animaux le cas a-t-il eu des contacts directs? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Primates

Chauves-souris

Autre (précisez) :

L'animal présentait-il des symptômes de maladie ou était-il mort? Oui Non Ne sais pas

À quel endroit le contact s'est-il produit? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

À domicile

Au travail (remplissez la section sur l'exposition professionnelle)

Travaux à l'extérieur/loisirs (camping, randonnée, chasse, etc.)

Autre (précisez) :

### Exposition dans une mine ou une caverne

Dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, est-ce que le cas a travaillé ou passé du temps dans une mine ou dans une caverne où se trouvent des colonies de chauves-souris dans un pays ou une région où la transmission de la maladie Ebola est étendue et intense? Oui Non Ne sais pas

Dans l'affirmative, précisez la date du dernier contact (jj/mm/aaaa) :

<sup>1</sup> Travailleurs de la santé : Personnes qui dispensent des soins de santé ou des services de soutien, comme les infirmières, les médecins, les dentistes, les infirmières praticiennes, les ambulanciers paramédicaux, certains premiers répondants, professionnels paramédicaux, fournisseurs de soins de santé non réglementés, instructeurs cliniques et étudiants, les bénévoles et le personnel d'entretien; et qui ont divers niveaux de responsabilité associés aux soins de santé qu'ils offrent, selon leur niveau de scolarité et leur responsabilité ou emploi particulier.

Date de réception (jj/mm/aaaa) :

**Si le cas est lié à une éclosion nationale, n° de cas de l'éclosion nationale :**