FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CAS DE VARIOLE DU SINGE

|  |
| --- |
| **SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PROTÉGÉS SUR LE CAS – Pour usage local, provincial ou territorial seulement****NE PAS TRANSMETTRE CETTE SECTION À L’ASPC** |
| **Nom de famille :**      **Prénom :**      **Adresse domiciliaire habituelle :**      **Ville :**      **Code postal :**       | **Province/territoire :**      **Numéro de téléphone :**      **Date de naissance (*aaaa-mm-jj*) :**      **No de cas local :**       |

**Instructions pour remplir le formulaire**

* Le présent formulaire ne doit être utilisé que par des professionnels de la santé et/ou de la santé publique pour signaler les cas probables ou confirmés aux autorités sanitaires locales ou provinciales/territoriales par des moyens sécurisés.
* Si vous êtes un membre du public et que vous avez des inquiétudes concernant la variole du singe, veuillez consulter le site suivant : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/orthopoxvirus-simian.html>.
* Veuillez donner le plus de détails possible dans ce formulaire au moment du signalement initial.
* Veuillez soumettre un formulaire mis à jour lorsqu’il y a un changement dans la classification du cas et/ou un changement dans le statut pour la durée de la maladie.
* Veuillez noter que les renseignements marqués d’un astérisque rouge (**\***) et un fond rose sont demandés par l’Organisation mondiale de la santé en vertu du Règlement sanitaire international.

Instructions aux autorités locales de santé publique

* **Déclaration :** Veuillez signaler les cas en utilisant les méthodes locales/provinciales/territoriales normales.

Instructions aux autorités de santé publique provinciales / territoriales

* **Déclaration des cas probables ou confirmés :** Veuillez signaler les cas en utilisant les modes sécurisés convenus entre l’ASPC et les partenaires provinciaux et territoriaux.

|  |
| --- |
| **SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS** |
| [ ]  Déclaration initiale [ ]  Mise à jour |
| **Province/territoire de référence\*** | [ ]  C.-B. [ ]  Qc [ ]  Yn[ ]  Alb. [ ]  N.-B. [ ]  T.N.-O.[ ]  Sask. [ ]  N.-É. [ ]  Nt.[ ]  Man. [ ]  Î.-P.-É.[ ]  Ont. [ ]  T.-N.-L |
| **Zone de tri d’acheminement** (3 premiers chiffres du code postal)**OU** **la région sociosanitaire** |       |
|       |

|  |
| --- |
| **SECTION 3 : INFORMATION SUR LE CAS**  |
| **Numéro de cas provincial ou territorial\*** |       | **Numéro du laboratoire** (si disponible, fournir l'ID du laboratoire demandeur envoyé au Laboratoire national de microbiologie**)** |       |
| **Date de l’enquête**  |      ***(aaaa-mm-jj*)** |
| **Date du rapport de santé publique \*** |      (***aaaa-mm-jj*)** |
| **Mois/année de naissance**OU**\*****Âge** |      ***(aaaa-mm)*** |
|       années. Pour les personnes âgées de moins de deux ans, indiquez en mois :       mois) |
| **Sexe assigné à la naissance\*** | [ ]  Sexe féminin[ ]  Sexe masculin[ ]  Intersexe[ ]  Préfère ne pas répondre/divulger[ ]  Inconnu |
| **Identité de genre\*** | [ ]  Femme [ ]  Homme [ ]  Personne non binaire[ ]  Si aucune des réponses ci-dessus, la personne s’identifie comme :      [ ]  Préfère ne pas répondre/divulger[ ]  Inconnu |

|  |  |
| --- | --- |
| **Race***Dans notre société, les gens sont souvent décrits selon leur race ou origine raciale. Sans que cela ait de fondement scientifique, la race peut influer sur la façon dont les autres personnes et les institutions nous traitent, et cela peut avoir une incidence sur notre santé. Parmi les catégories suivantes, lesquelles vous décrivent le mieux? (Sélectionnez tout ce qui s’applique)* | [ ]  Noir (Personne d’ascendance africaine, afro-antillaise, afro-canadienne)[ ]  Asiatique de l’Est (Personne d’ascendance chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise)[ ]  Autochtone (Personne d’ascendance inuk/inuite, métisse, des Premières Nations, veuillez préciser ci-dessous)[ ]  Latino-américain (Personne d’ascendance hispanique, latino-américaine)[ ]  Moyen-oriental (Personne d’ascendance arabe, perse, de l’Asie occidentale (p. ex. afghane, égyptienne, iranienne, kurde, libanaise, turque))[ ]  Asiatique du Sud (Personne d’ascendance sud-asiatique (p. ex. bangladaise, indienne, indo-caribéenne, pakistanaise, sri-lankaise) [ ]  Asiatique du Sud-Est (Personne d’ascendance cambodgienne, indonésienne, philippine, thaïlandaise, vietnamienne ou d’une autre ascendance asiatique du Sud-Est)[ ]  Blanc (Personne d’ascendance européenne)[ ]  Autre catégorie raciale, précisez:      [ ]  Inconnu[ ]  Refus de répondre |
| **Identité Autochtone**Le cas s’identifie comme Autochtone, s’identifie-t-il comme Premières Nations, Métis, et/ou Inuk/Inuit?(sélectionnez tout ce qui s’applique) | [ ]  Oui, Premières Nations[ ]  Oui, Métis [ ]  Oui, Inuk/Inuit [ ]  Autre identité autochtone, précisez :      [ ]  Non[ ]  Inconnu[ ]  Refus de répondre |
| **Type de logement** | [ ]  Logement privé (maison individuelle)[ ]  Logement privé (appartement)[ ]  Résidence d’étudiants[ ]  Maison de chambres ou foyer de groupe[ ]  Résidence-services | [ ]  Établissement de soins de longue durée[ ]  Résidence de retraite[ ]  Établissement correctionnel[ ]  Refuge/sans-abri[ ]  Inconnu[ ]  Autre, précisez :       |
| **Le cas est un travailleur de la santé?\*** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Inconnu |  |
| **Si le cas est un travailleur de la santé, quelle est sa profession?** | [ ]  Services administratifs[ ]  Professionnel paramédical (p. ex. inhalothérapeute, physiothérapeute, travailleur social)[ ]  Professionnel des soins dentaires[ ]  Personnel médical d’urgence[ ]  Travailleur de laboratoire[ ]  Soins infirmiers | [ ]  Pharmacien ou technicien en pharmacie[ ]  Médecin[ ]  Services de soutien (p. ex. nettoyeurs, personnel de cuisine)[ ]  Étudiant[ ]  Bénévole[ ]  Inconnu[ ]  Autre, précisez :       |
| **Si le cas n’est pas un travailleur de la santé ou un bénévole, indiquez sa profession\*** | [ ]  Travailleur/volontaire animalier (p. ex. refuge pour animaux, rétablissement de la faune, zoo, clinique vétérinaire), précisez :      [ ]  Services frontaliers[ ]  Services de nettoyage et d’entretien[ ]  Travailleur d’établissement correctionnel[ ]  Travailleur agricole[ ]  Hôtesse de l’air[ ]  Travailleur industriel (p. ex. mines, construction, entrepôt, usine)[ ]  Application de la loi (p. ex. police, GRC)[ ]  Employé de restaurant/bar | [ ]  Travailleur au détail (p. ex. épicerie, commerce de détail)[ ]  Employé de bureau[ ]  Retraité[ ]  Travailleur du sexe[ ]  Employé d’école ou de garderie[ ]  Étudiant[ ]  Travaille avec les sans-abri et les mal-logés[ ]  Chômeur [ ]  Inconnu[ ]  Autre, précisez :       |
| **Classification du cas\*** | [ ]  Confirmé[ ]  Probable[ ]  Suspect[ ]  Ne répond pas à la définition (par exemple, si exclu après le test de confirmation) |
| **Le cas avait-il déjà eu une infection par le virus mpox confirmée par le laboratoire ?**  | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  InconnuSi oui, indiquer la date\* de l'infection précédente (JJ/MM/AAAA; si le jour exact n'est pas connu, veuillez indiquer MM/AAAA ; si le mois exact n'est pas connu, veuillez indiquer AAAA):       \*Veuillez utiliser la date la plus ancienne de : Date d'apparition des symptômes, date de prélèvement de l'échantillon, date du résultat du test et date de notification à la santé publique.  |

|  |
| --- |
| **SECTION 4 : PRÉSENTATION DE CAS CLINIQUES** |
| **Le cas a-t-il été hospitalisé ? \*** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Inconnu | **Si oui :** | (*aaaa-mm-jj*) |
| Date d’admission**\*** |       |
| Date du congé |       |
| **Si le cas a été hospitalisé, quelle était la raison principale de l’hospitalisation? \*** | [ ]  En raison de la maladie de la variole du singe[ ]  Cliniquement indiqué pour une autre raison[ ]  Besoin d’isolement[ ]  Autre, précisez :      [ ]  Inconnu |
| **Le cas a-t-il été admis dans une unité de soins intensifs ou une unité de dépendance élevée? \*** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Inconnu |
| **Statut au moment de la déclaration\*** | [ ]  Cas rétabli  | Date du rétablissement(*aaaa-mm-jj*) : |       |
| [ ]  Cas hospitalisé |  |  |
| [ ]  Cas symptomatique à domicile  |  |
| [ ]  Cas décédé  | Date du décès**\***(*aaaa-mm-jj*) : |       |
| Cause du décès, si elle est connue au moment de la déclaration :       |
| [ ]  Inconnu |  |

|  |
| --- |
| **Veuillez présenter un résumé des signes et symptômes de la maladie et les dates d’apparition si vous les connaissez :** |
| **Le cas présente/a présenté des symptômes\*** | [ ]  Oui  | [ ]  Non  | [ ]  Inconnu |
| **Veuillez indiquer la date d’apparition des premiers symptômes : \*** ***(aaaa-mm-jj)*** |
| **Symptôme** | **Symptôme présent** | **Date d’apparition des symptômes *(aaaa-mm-jj)*** |
|  | **Oui** | **Non** | **Inconnu** |  |
| **Fièvre\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |        |
| **Température :**       [ ]  Celsius [ ]  Fahrenheit  |
| **Maux de tête\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Myalgie/arthralgie\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Fatigue/épuisement\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Ganglions lymphatiques enflés\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Précisez l’emplacement de l’adénopathie (sélectionnez tout ce qui s’applique) \* :**[ ]  Submandibulaire [ ]  Cervical [ ]  Inguinal[ ]  Axillaire [ ]  Inconnu [ ]  Autre, précisez :       |
| **Frissons\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Mal de gorge\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Toux\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Transpiration** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Mal de dos** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Conjonctivite\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Vomissements/nausées\*** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Éruptions/lésions\* :** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       **\*** |
|  **maculaire** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|  **papulaire** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|  **vésiculaire** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|  **pustulaire** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|  **ulcéreuses** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
|  **en croûte** | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Précisez-la ou les localisations de l’éruption/des lésions\* :** [ ]  Anogénitale/périanale[ ]  Oral (bouche, lèvres, muqueuse buccale y compris la gorge)[ ]  Visage, à l’exclusion des surfaces buccales et muqueuses | [ ]  Membres (bras. jambes)[ ]  Mains et paumes de la main[ ]  Plante des pieds[ ]  Torse[ ]  Autre, précisez:        |
|  **Nombre de lésions :**[ ]  Une lésion [ ]  2 à 10 lésions [ ]  10 à 50 lésions  | [ ]  50 à 100 lésions [ ]  >100 lésions[ ]  Inconnu |
| **Autre symptôme, précisez :**  |  |       |
| **Autre symptôme, précisez :**  |  |       |
| **Autre symptôme, précisez :** |  |       |
| **Autre symptôme, précisez :**  |  |       |
| **Autre symptôme, précisez :**  |  |       |
| **L’une des complications suivantes a-t-elle été signalée?** |
|  | **Oui** | **Non** | **Inconnu** | **Refus de répondre** | **Date d’apparition des symptômes *(aaaa-mm-jj)*** |
| **Infection secondaire** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Infection de la cornée** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Bronchopneumonie** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Septicémie** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Encéphalite** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Lésion ulcéreuse avec retard de cicatrisation** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Myocardite** | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |
| **Autre, précisez :**  |  |       |

|  |
| --- |
| **SECTION 5 : FACTEURS DE RISQUES ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** |
| **Veuillez présenter un résumé des facteurs de risque et des antécédents médicaux pertinents** |
|  | **Détails** |
| **Vaccination(s) antivariolique(s) reçue(s) le ou après le 1er mai 2022**  | Le cas a-t-il reçu au moins une dose d'un vaccin antivariolique de 3e génération (par exemple, Imvamune®, Jynneos®) **le 1er mai 2022 ou après cette date ?**[ ]  Oui[ ]  Non[ ]  InconnuSi oui, veuillez fournir des détails pour toutes les doses ci-dessous : |
| **Numéro de la dose (Classer par date d'administration)**  | **Vaccin reçu**  | **Date d'administration (JJ/MM/AAAA) ou année d'administration si la date est inconnue**  | **Voie d'administration**  | **Raison de la vaccination**  | **Pays de vaccination**  |
| **Dose 1** | ☐ Imvamune (Imvanex, Jynneos) ☐ Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser :   ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ sous-cutanée  ☐ intradermique ☐ inconnu  | ☐ prophylaxie pré-exposition pour le mpox  ☐ prophylaxie post-exposition pour la variole  ☐ immunisation de routine contre la variole   Détails, le cas échéant (par exemple, préciser si lié à la profession): ☐ inconnu   | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :    |
| **Dose 2** | ☐ Imvamune (Imvanex, Jynneos) ☐ Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser :    ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ sous-cutanée  ☐ intradermique ☐ inconnu   | ☐ achèvement de la série pour la variole/mpox ☐ autres :    | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :    |
| **Dose 3 (le cas échéant)****Note : si plus de 3 doses sont enregistrées, veuillez utiliser des lignes supplémentaires dans l'annexe** | ☐ Imvamune (Imvanex, Jynneos) ☐ Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser :   ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ sous-cutanée  ☐ intradermique ☐ inconnu   | ☐ autres :    | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :    |
| **Vaccination(s) antivariolique(s) reçue(s) avant le 1er mai 2022**  | Le cas a-t-il déjà reçu au moins une dose d'un vaccin antivariolique de 1ère ou 2ème génération (tel que l'ACAM2000) **avant le 1er mai 2022 ?**[ ]  Oui[ ]  Non[ ]  InconnuSi oui, veuillez fournir des détails pour toutes les doses ci-dessous : |
| **Numéro de la dose (Classer par date d'administration)**  | **Vaccin reçu**   | **Date d'administration (JJ/MM/AAAA) ou année d'administration si la date est inconnue**  | **Pays de vaccination**   |
| **Dose 1** | ☐ ACAM2000 ☐ Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser :  ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :     |
| **Dose 2**  | ☐ ACAM2000 ☐ Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser :  ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :    |
| **Dose 3 (le cas échéant)****Note : si plus de 3 doses sont enregistrées, veuillez utiliser des lignes supplémentaires dans l'annexe** | ☐ ACAM2000 ☐ Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :   |
| **Traitement antiviral reçu pour la variole du singe\*** | **Le cas a-t-il reçu un traitement antiviral pour la variole du singe ?**[ ]  Oui (veuillez préciser ci-dessous)[ ]  Non, pas de traitement antiviral[ ]  Inconnu**Si oui, lequel?** [ ]  Tecovirimat [ ]  Brincidofovir [ ]  Cidofovir [ ]  Le nom du traitement antiviral n’est pas connu[ ]  Autre, précisez :       |
| **Immunodéprimés (p. ex. par des médicaments ou par une maladie comme le cancer, le diabète, le VIH non traité, etc.)** **\*** | [ ]  Oui – en raison d’une maladie[ ]  Oui – en raison de médicaments[ ]  Oui – raison inconnue[ ]  Non[ ]  Inconnu | **Si oui, précisez (sélectionnez tout ce qui s’applique) :**[ ]  VIH/SIDA *(voir la question suivante)*[ ]  Diabète (type 1 ou 2)[ ]  Lupus [ ]  Transplantations d’organes [ ]  Greffes de cellules souches[ ]  Cancer[ ]  Chimiothérapie [ ]  Stéroïdes[ ]  Autre, précisez :      [ ]  Inconnu |
| **Le cas a-t-il le VIH?** **\*** | [ ]  Positif, traité[ ]  Positif, non traité[ ]  Négatif[ ]  Inconnu | **Si le statut VIH est positif, le compte de CD4:** \*     [ ]  Inconnu |
| **Actuellement enceinte\*** | [ ]  Oui, Grossesse, le trimestre est inconnu[ ]  Oui, Grossesse, 1er trimestre (de la semaine 1 à la fin de la semaine 12)[ ]  Oui, Grossesse, 2e trimestre (de la semaine 13 à la fin de la semaine 26)[ ]  Oui, Grossesse, 3e trimestre (de la semaine 27 à la fin de la grossesse)[ ]  Post-partum (<6 semaines)[ ]  Non[ ]  Inconnu[ ]  Ne s’applique pas |
| **A-t-on diagnostiqué chez le cas une infection concomitante sexuellement transmissible ou véhiculée par le sang? \*** | [ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Inconnu | **Si oui, précisez (sélectionnez tout ce qui s’applique) :**[ ]  Chancre (anal/périanal, génital)[ ]  Chlamydia (génitale, pharyngée, rectale) [ ]  Gonorrhée (génitale, pharyngée, rectale) [ ]  Verrues génitales, VPH (anal, génital) [ ]  Herpès génital, VHS (anal/périanal, oral, génital) [ ]  Lymphogranulome vénérien (anal/périanal, génital, oral) [ ]  Mycoplasma genitalium (génital, pharyngé, rectal)[ ]  Syphilis (tous les stades)[ ]  Trichomonase[ ]  Autre, précisez :      [ ]  Inconnu |
| **Autres comorbidités non énumérées ci-dessus** | Veuillez énumérer :       |

|  |
| --- |
| **SECTION 6 : FACTEURS DE RISQUE / HISTORIQUE D’EXPOSITION** |
| **Les expositions ci-dessous se réfèrent à la période de 21 jours précédant l’apparition des symptômes ou du diagnostic.**  |
| **Le cas a-t-il fait des excursions d’une journée, des voyages et/ou des visites de plus d’une journée à d’autres endroits à l’extérieur de la province de résidence et à l’extérieur du Canada ? \*** | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu  Date de départ (*aaaa-mm-jj*) :      Date du retour (*aaaa-mm-jj*) :       |
| Si le cas a voyagé à l’intérieur du Canada, précisez la province, le territoire (indiquez tous ceux qui s’appliquent) :[ ]  C.-B [ ]  Qc [ ]  T.-N.-L.[ ]  Alb. [ ]  N.-B. [ ]  Yn[ ]  Sask. [ ]  N.-É. [ ]  T.N.-O.[ ]  Man. [ ]  Î.-P.-É. [ ]  Nt.[ ]  Ont.Si le cas a voyagé à l'intérieur du pays, soupçonne-t-il que la variole a été contractée en dehors de sa province de résidence ? [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  InconnuDans l'affirmative, donnez des détails supplémentaires sur l'acquisition présumée au cours d'un voyage au pays (par exemple, le cas a-t-il assisté à des rassemblements de masse) :       |
| Si le cas a voyagé à l’extérieur du Canada, indiquez le(s) pays(s) visité(s) : **\***     Si le cas a voyagé à l'étranger, soupçonne-t-il que le virus mpox a été contracté à l'étranger ? [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  InconnuDans l'affirmative, donnez des détails supplémentaires sur l'acquisition présumée au cours d'un voyage international (par exemple, le cas a-t-il assisté à des rassemblements de masse) :      **Si le cas a voyagé à l’étranger, veuillez préciser les détails du voyage à la section 9 à la page 13\*.** |
| **Le cas a-t-il été en contact avec une personne présentant des symptômes similaires; ou avec un cas suspect, probable ou confirmé de variole du singe ou avec du matériel contaminé (fluides corporels, objet, literie, etc.)? \*** | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu  **Si oui, précisez le type de contact (sélectionnez tout ce qui s’applique) \* :**[ ]  Contact sexuel et/ou intime proche[ ]  Domiciliaire (p. ex. partage du lit, de la nourriture, d’un espace commun)[ ]  Fournir des soins à quelqu’un[ ]  Autre, précisez :      **Si oui, précisez le paramètre où le contact s’est produit (sélectionnez tout ce qui s’applique):** [ ]  Domiciliaire (p. ex. partage du lit, de la nourriture, d’un espace commun)[ ]  Lieu de travail[ ]  École/crèche[ ]  Soins de santé (y compris l’exposition en laboratoire)[ ]  Boîte de nuit / fête privée / sauna ou endroit similaire [ ]  Bar / restaurant ou autre petit événement [ ]  Rassemblement de masse (p. ex., festival ou événement sportif)[ ]  Transport (avion, voiture, autre transport privé ou public)[ ]  Autre, précisez (ou tout événement organisé, fournissez le nom, l’emplacement, les participants, etc.) :      [ ]  Inconnu:  |
| **Le cas a-t-il eu des contacts connus avec des animaux? \*** | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu  |
| **Si oui, précisez le type d’animal (sélectionnez tous ceux qui s’appliquent) \*** | **Type d’animal** | **Détails supplémentaires** (p. ex. préciser l’animal, les dates approximatives, le lieu, le type de contact, la fréquence du contact)  |
| [ ]  Animaux domestiques, à l’exclusion des rongeurs (p. ex. chien, chat, lapin, furet, hérisson, etc.) |       |
| [ ]  Rongeur de compagnie (p. ex. rat, souris, hamster, cochon d’Inde, chien de prairie, etc. y compris ceux dans les installations de reproduction, élevés comme « mangeurs », etc.) |       |
| [ ]  Animaux de la ferme (p.ex. cochon, vache, mouton, cheval etc.) |       |
| [ ]  Animaux sauvages, à l’exclusion des rongeurs sauvages |       |
| [ ]  Rongeurs sauvages (p. ex. souris, rat, écureuil, castor etc.) |       |
| [ ]  Animaux sauvages en captivité(par ex. animaux de zoo, animaux dans des installations de recherche, etc., en particulier primates non-humains et rongeurs) |       |
| [ ]  Autre/Incertain de la classification |       |
| [ ]  Inconnu |
| **Indiquez les autres lieux d’exposition où le cas peut avoir été exposé et avoir contracté une infection (sélectionnez tous ceux qui s’appliquent)** *Le niveau d’exposition est basé sur une évaluation locale de la santé publique (prise en compte du risque, de la probabilité de transmission, du temps passé sur place, de l’activité sur place, etc.)* | [ ]  Établissement de soins actifs (p. ex. hôpital, salle d’urgence)[ ]  Établissement de soins de santé communautaire (p. ex. cliniques privées)[ ]  Lieu de vie en communauté (p .ex. refuge, foyer de groupe, dortoirs universitaires, etc.)[ ]  Établissement correctionnel[ ]  Rassemblement de masse *(p. ex. conférence, festival, etc. Un rassemblement est défini ici comme un rassemblement de plus de 1 000 personnes.)*[ ]  Profession/lieu de travail, précisez le type :      [ ]  Établissement de soins personnels (p. ex. spa, salon de coiffure, etc.)[ ]  Antécédents récents de partenaires sexuels multiples ou anonymes[ ]  Installation récréative (p. ex. gymnase, musée, centre communautaire)[ ]  Installation où les relations sexuelles sont permises telles que bain / sauna / club de sexe / « sex party » [ ]  École (élémentaire, secondaire, post-secondaire, garderie ou camp de jour)[ ]  Événement social (p. ex. fête à domicile, événement familial, etc.)[ ]  Transport (p. ex. système de transport municipal, taxi, etc.)[ ]  Restaurant / bar / boîte de nuit[ ]  Autre, précisez :      [ ]  Inconnu[ ]  Refus de répondre**Détails supplémentaires sur les paramètres d’exposition :**       |
| **Indiquez les méthodes et lieux utilisées pour rencontrer des partenaires sexuels de la maladie, le cas échéant (sélectionnez toutes les réponses applicables)** | [ ]  Bar / boîte de nuit[ ]  Installation où les relations sexuelles sont permises telles que bain / sauna / club de sexe / « sex party » [ ] Croisière / espaces publics (parcs, rues, salles de bains, etc.)[ ]  Applications de rencontre, Internet, réseau social en ligne[ ]  Amis / famille/ École/ Travail[ ]  Hors de la province/du territoire, précisez :      [ ]  Autre, précisez (p. ex. Librairie pour adultes, établissement correctionnel) :      [ ]  Inconnu[ ]  Refus de répondre |
| **Indiquez le/les genre(s) du/des partenaire(s) sexuel(s) (sélectionnez tous ceux qui s’appliquent) \*** | [ ]  Femme [ ]  Homme [ ]  Personne non binaire[ ]  Inconnu ou indéterminé[ ]  Si rien de ce qui précède, précisez :      [ ]  Ne s’applique pas |
| **Décrivez tout contact étroit, y compris le nombre approximatif, le type ou la nature des contacts et tout détail supplémentaire :**  |
| **D’après les informations précédemment rapportées, quel est le mode de transmission le plus probable ? \*** | [ ]  Transmission d’animal à humain[ ]  Associés aux soins de santé[ ]  Transmission de la mère à l’enfant pendant la grossesse ou à la naissance[ ]  De personne à personne via contact sexuel[ ]  De personne à personne **à l’exclusion de** la transmission de la mère à l’enfant, des soins de santé ou de la transmission sexuelle[ ]  Contact avec des matériaux contaminés (p. ex. literie, vêtements, objet)[ ]  Transmission parentérale, y compris la consommation intraveineuse de drogues et la transfusion[ ]  Transmission en laboratoire en raison d’une exposition professionnelle[ ]  Autre transmission, précisez:  [ ]  Inconnu |

|  |
| --- |
| **SECTION 7 : RÉSULTATS DE LABORATOIRE / ENQUÊTES (SI DISPONIBLES)** |
| **Date de prélèvement de l’échantillon pour la variole du singe** |       (*aaaa-mm-jj*)   |
| **Date du rapport de laboratoire\*** |       (*aaaa-mm-jj*)  |
| **Quel échantillon a été analysé pour le diagnostic du cas? (sélectionnez tous ceux qui s’appliquent) \*** | [ ]  Matériau de la lésion cutanée (y compris les écouvillons de la surface de la lésion et/ou l’exsudat, les toits de plus d’une lésion) [ ]  Croûte lésionnelle [ ]  Écouvillonnage oropharyngé [ ]  Urine [ ]  Sperme [ ]  Écouvillonnage génital [ ]  Écouvillonnage rectal [ ]  Sérum [ ]  Autre spécimen, précisez:        |
| **Quelle méthode de laboratoire a été utilisée pour analyser l’échantillon en vue du diagnostic? (sélectionnez tous ceux qui s’appliquent)\*** | [ ]  PCR positif spécifique au virus du singe [ ]  PCR positif de l’orthopoxvirus [ ]  Séquençage [ ]  Sérologie [ ]  Autre (précisez) :      |
| **Indiquer si la caractérisation génomique a été entreprise\*** | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu**Clade du virus de la variole du singe si séquençage effectué**[ ]  Clade d’Afrique de l’Ouest [ ]  Clade du bassin du Congo[ ]  Ne s’applique pas**Numéro d’acquisition de la séquence téléchargée dans la base de données publique**       [ ]  Ne s’applique pas |
| **Autres tests de laboratoire (si disponibles)** |
| **Nom du test** | **Résultat** | **Date de prélèvement de l’échantillon*****(aaaa-mm-jj)*** |
|  | **Détecté** | **Non détecté** | **Non testé** | **En attente** |  |
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]   |

|  |
| --- |
| **SECTION 8 : TOUTE AUTRE INFORMATION** |
| **Y a-t-il d’autres événements, interactions ou expériences remarquables dans les 21 jours précédant l’apparition des symptômes, qui n’ont pas été signalés jusqu’à présent et qui pourraient être importants ou qui, selon vous, pourraient avoir causé ou contribué à la maladie ?** | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu [ ]  Refus de répondreSi oui, précisez les détails :       |

|  |
| --- |
| **SECTION 9 : HISTORIQUE DES VOYAGES INTERNATIONAUX** |
| **Si le cas a été confirmé, a voyagé à l’étranger dans les 21 jours précédant l’apparition des symptômes, et qu'il y a des informations à partager par le biais du Règlement sanitaire international, veuillez fournir les détails suivants** |
| **Avion** | **Compagnie aérienne et numéro de vol** | **Origine et destination** | **Numéro de rangée et de siège** | **Date de départ** | **Date d’arrivée** | **Autres notes** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
| **Hébergement** | **Nom de l’hôtel / de la résidence** | **Localisation** | **Date (début)** | **Date (fin)** | **Autres notes** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| **Croisière** | **Nom du bateau de croisière** | **Origine et destination** | **Numéro de chambre** | **Date (début)** | **Date (fin)** | **Autres notes** |
|       |       |       |       |       |       |
| **Conférence/événement/lieux visités** | **Nom de l’événement / espace d’événement** | **Localisation** | **Date (début)** | **Date (fin)** | **Autres notes** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| **Contacts internationaux connus** | **Prévoit-on de partager des informations par le biais du Règlement sanitaire international, comme le nom et les coordonnées de contacts connus résidant à l’extérieur du Canada ?**[ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu [ ]  Refus de répondre |
| **Détails supplémentaires concernant les voyages internationaux** |       |

**FIN DU QUESTIONNAIRE**

**Annexe - doses de vaccin supplémentaires**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Détails** |
| **Vaccination(s) antivariolique(s) reçue(s) le ou après le 1er mai 2022**  | **Numéro de la dose (Classer par date d'administration)**  | **Vaccin reçu**  | **Date d'administration (JJ/MM/AAAA) ou année d'administration si la date est inconnue**  | **Voie d'administration**  | **Raison de la vaccination**  | **Pays de vaccination**  |
| **Dose 4** | ☐ Imvamune (Imvanex, Jynneos) ☐ Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser :   ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ sous-cutanée  ☐ intradermique ☐ inconnu  | ☐ autres :    | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :    |
| **Dose 5** | ☐ Imvamune (Imvanex, Jynneos) ☐ Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser :    ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ sous-cutanée  ☐ intradermique ☐ inconnu   | ☐ autres :    | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :    |
| **Dose 6** | ☐ Imvamune (Imvanex, Jynneos) ☐ Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser :   ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ sous-cutanée  ☐ intradermique ☐ inconnu   | ☐ autres :    | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :    |
| **Vaccination(s) antivariolique(s) reçue(s) avant le 1er mai 2022**  | **Numéro de la dose (Classer par date d'administration)**  | **Vaccin reçu**   | **Date d'administration (JJ/MM/AAAA) ou année d'administration si la date est inconnue**  | **Pays de vaccination**  |
| **Dose 4** | ☐ ACAM2000 ☐ Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser :  ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :   |
| **Dose 5**  | ☐ ACAM2000 ☐ Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser :  ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :   |
| **Dose 6**  | ☐ ACAM2000 ☐ Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : ☐ Autre vaccin antivariolique, nom inconnu  |   | ☐ Canada  ☐ États-Unis ☐ Autres :   |