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  Inconnu  Si 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  Inconnu  Si 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  Inconnu  Si 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  Inconnu  Dans 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  Inconnu  Dans 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 répondre  Si 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 : |