



Formulaire de déclaration de cas de la mpox

Section 1 : Renseignements protégés sur le cas – Pour usage local, provincial ou territorial seulement

Nom de famille:	Prénom:
Adresse domiciliaire habituelle :	Province/territoire:
Ville:	Code postal:
Numéro de téléphone :	Adresse électronique:
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 locales ou provinciales/territoriales de la santé publique par des moyens sécurisés.
- Si vous êtes un membre du public et que vous avez des inquiétudes concernant la mpox, veuillez consulter la [page de l'ASPC sur la mpox pour obtenir des conseils en matière de santé publique](#).
- 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 variables indiquées par un astérisque rouge (*) sont demandées par l'Organisation mondiale de la santé dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) pour la déclaration minimale des cas. Pour obtenir la version la plus récente, veuillez consulter le site suivant : [Mpox case investigation form and minimum dataset case reporting form \(en anglais seulement\)](#).

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.
- Déclaration : Ne pas** transmettre cette section à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Section 2: Renseignements Administratifs

S'agit-il d'une déclaration initiale ou mise à jour?	Déclaration initiale Mise à jour												
Province/territoire de référence *	C.-B.	Alb.	Sask	Man.	Ont.	Qc.	N.-B.	N.-É	Î.-P.-É	T.-N.-L	Yn.	Nt.	T.N.-O
Veuillez indiquer la zone de tri postale (les 3 premières lettres/chiffres du code postal) ou votre région sanitaire*.													
Zone de tri d'acheminement													
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 du rapport de santé publique (aaaa-mm-jj)* :							
Veuillez préciser l'année et le mois de naissance (aaaa-mm) ou l'âge (si moins de 2 ans, indiquez en mois) :*							
Mois/année de naissance (aaaa-mm-jj):							
Âge (années):					Âge (mois):		
Sexe assigné à la naissance:*	Sexe féminin	Sexe masculin	Intersexé	Inconnu	Préfère ne pas répondre/divulguer		
Identité de genre:*	Femme	Homme	Personne non binaire	Inconnu	Préfère ne pas répondre/divulguer		
Pour plus d'informations sur le sexe et le genre, veuillez consulter le site : Variables du genre et du sexe à la naissance	Si aucune des réponses ci-dessus, la personne s'identifie comme :						
Race:	Noir (Personne d'ascendance africaine, afro-antillaise, afro-canadienne)						
(Pour plus d'informations sur la race et l'identité autochtone, veuillez consulter le site: Variables du genre et du sexe à la naissance)	Asiatique de l'Est (Personne d'ascendance chinoise, coréenne, japonaise, taiwanaise)						
	Autochtone (Personne d'ascendance inuk/inuite, métisse, des Premières Nations, veuillez préciser ci-dessous)						
	Latino-américain (Personne d'ascendance hispanique, latino-américaine)						

<u>Directives sur l'utilisation des normes de collecte de données fondées sur la race et l'identité autochtone pour la production de rapports sur la santé au Canada.</u>	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-t-il comme Autochtone (Premières Nations, Métis, et/ou Inuk/Inuit)? (sélectionnez tout ce qui s'applique)	<input type="checkbox"/> Premières Nations <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Inuk/Inuit	Autre identité autochtone, précisez : <input type="checkbox"/> Refus de répondre
Le cas est-il un travailleur de la santé? (Tout rôle dans un établissement de santé privé ou public, y compris employé, bénévole, étudiant)*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	
S'agit-il d'un travailleur du sexe?*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	
Quelle est la profession du cas? * (à l'exclusion des personnes identifiées comme travailleurs de la santé ou travailleurs du sexe)				
Classification du cas* (Se référer à la définition nationale du cas)	<input type="checkbox"/> Confirmé	<input type="checkbox"/> Probable	<input type="checkbox"/> Suspect	Ne répond pas à la définition (par exemple, si exclu après le test de confirmation)
Réinfection* (Se référer à la définition nationale du cas)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	
Si oui, lequel des critères suivants a été rempli (les deux peuvent être sélectionnés)?	<input type="checkbox"/> Preuve clinique de réinfection <input type="checkbox"/> Preuve de réinfection en laboratoire			
Quel était l'identifiant du cas P/T précédent associé à ce cas?				

Section 4: Présentation de cas cliniques

Le cas a-t-il été hospitalisé? *	Oui	Non	Inconnu	
Si le cas a été hospitalisé, quelle était la raison principale de l'hospitalisation? *	En raison de la maladie de la mpox			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	Cas hospitalisé	Date du décès*(aaaa-mm-jj):	
	Cas symptomatique à domicile ou dans un autre lieu			
	Cas décédé	Inconnu		
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*				
Maux de tête*				
Myalgie/arthralgie*				
Fatigue/épuisement*				
Ganglions lymphatiques enflés*				
Précisez l'emplacement de l'adénopathie (sélectionnez tout ce qui s'applique)*:				
Localisé Généralisé Inconnu				
Frissons/sudation*				
Mal de gorge*				
Toux*				
Mal de dos				
Conjonctivite*				

Vomissements/nausées*				
Diarrhée*				
Douleurs et/ou saignements anogénitaux (proctite)*				
Oedème des tissus mous génitaux*				
Éruptions cutanées/lésions*				
Précisez la/les localisation(s) de(s) l'éruption(s) cutanée(s) ou lésion(s):*	Anogénitale/ périanale Autre, précisez:	Oral (bouche, lèvres, muqueuse buccale y compris la gorge) Inconnu	Paume des mains ou plante des pieds	
Autre symptôme, précisez:*				

L'une des complications suivantes a-t-elle été signalée?

-	Oui	Non	Inconnu	Date d'apparition des symptômes (aaaa-mm-jj)
Infection de la peau et/ou des tissus mous due à une infection bactérienne secondaire*				
Autre infection bactérienne secondaire*				
Infection de la cornée*				
Syndrome de détresse respiratoire aiguë*				
Infection des voies respiratoires inférieures tel que pneumonie*				
Sepsis*				
Encéphalite*				
Abcès rétropharyngé*				
Myocardite*				
Déshydratation sévère *				
La mortinaissance en tant qu'issue de la grossesse du cas*				

Fausse couche				
Autre, précisez*:				

Section 5: Vaccination et antécédents médicaux

Note Veuillez fournir un résumé des vaccinations et des traitements.

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 et combien de doses de vaccin ont été reçues? *

- | | |
|---------------|---------|
| Oui – 1 dose | Non |
| Oui – 2 doses | Inconnu |
| Oui – 3 doses | |

Si oui, veuillez fournir des détails pour toutes les doses ci-dessous:

Détails sur la vaccination à compter du 1er mai 2022

-	Numéro de dose (classement par date d'administration)	Vaccin reçu*	Date d'administration (AAAA/MM/JJ) ou année d'administration si la date est inconnue*	Raison de la vaccination
Vaccination(s) antivariolique(s) reçue(s)	Dose 1	Imvamune (Imvanex, Jynneos) Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser: Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		prophylaxie pré-exposition pour la mpox prophylaxie post-exposition pour la mpox immunisation de routine contre la variole Détails, le cas échéant (par exemple, préciser si lié à la profession): Inconnu
	Dose 2	Imvamune (Imvanex, Jynneos) Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser : Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		achèvement de la série pour la variole/mpox autres:
	Dose 3 (le cas échéant)	Imvamune (Imvanex, Jynneos) Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser : Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		autres:

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 1 mai 2022 ? ***

Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez fournir des détails pour toutes les doses ci-dessous.

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 (AAAA/MM/JJ) ou année d'administration si la date est inconnue *		
Vaccination(s) contre la variole reçue(s)	Dose 1	ACAM2000 Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : Autre vaccin antivariolique, nom inconnu			
	Dose 2	ACAM2000 Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : Autre vaccin antivariolique, nom inconnu			
	Dose 3 (le cas échéant)	ACAM2000 Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : Autre vaccin antivariolique, nom inconnu			
Traitement antiviral reçu pour la mpox:	Oui (veuillez préciser ci-dessous)	Non, pas de traitement antiviral	Inconnu		
Si un traitement antiviral a été administré pour le mpox, quel traitement antiviral a été administré?	Tecovirimat	Brincidofovir	Cidofovir	Le nom du traitement antiviral n'est pas connu	Autre, précisez:

Veuillez fournir un résumé des facteurs de risque et des antécédents médicaux pertinents			
Immunodéprimés (p. ex. par des médicaments ou par une maladie comme le cancer, le diabète, etc.) [*]	Oui – en raison d'une maladie Oui – en raison de médicaments Oui – raison inconnue	Non Inconnu Si oui, veuillez préciser :	
La personne vit-elle avec le VIH? [*]	Oui, traité et charge virale indétectable Oui, traité et charge virale détectable Oui, non traité	Non Inconnu	
État de grossesse [*]	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		
Est-ce que le cas allaite actuellement?	Oui Non Inconnu		
A-t-on diagnostiqué chez le cas une infection concomitante sexuellement transmissible ou transmise 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 Virus de l'hépatite B (VHB) Virus de l'hépatite C (VHC) Nouveau diagnostic du VIH Autre, précisez Inconnu	

Section 6: Historique d'exposition

Les expositions ci-dessous se réfèrent à la période de 21 jours précédent l'apparition des symptômes ou du diagnostic.

<p>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 ? (dans les 21 jours précédent l'apparition des symptômes ou le diagnostic)?*</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<h3>Voyage intérieur</h3>	
<p>Si le cas a voyagé à l'intérieur du Canada, précisez la province, le territoire (indiquez tous ceux qui s'appliquent) *</p>	C.-B. Alb. Sask Man. Ont. Qc N.-B. N.-É. Î.-P.-É. T.N.-L. Yn T.N.-O. Nt.
<p>Si le cas a voyagé à l'intérieur du pays, soupçonne-t-il que la mpox a été contractée en dehors de sa province de résidence?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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) :
<h3>Voyage international</h3>	
<p>Si le cas a voyagé à l'extérieur du Canada, indiquez le(s) pays(s) visité(s):*</p>	
<p>Dans quelle(s) région(s) du pays le cas a-t-il voyagé? *(par exemple, liste par état-pays)</p>	
<p>Si le cas a voyagé à l'étranger, soupçonne-t-il que le virus mpox a été contracté à l'étranger?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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):
<p>Le cas a-t-il été en contact avec une personne présentant des symptômes similaires; ou avec un cas suspect, probable ou confirmé de mpox ou avec du matériel contaminé (fluides corporels, objets, literie, etc.)?*</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu 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/garderie Soins de santé (y compris l'exposition en laboratoire) Autre lieu communautaire lieu de sexe commercial Événement social avec contact sexuel

		Autre, précisez 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) :*

Animaux domestiques, à l'exclusion des rongeurs (p. ex. chien, chat, lapin, furet, hérisson, etc.)

Type de contact:

Animaux de la ferme (p.ex. cochon, vache, mouton, cheval etc)

Type de contact:

Rongeurs sauvages (p.ex. souris, rat, écureuil, castor etc.)

Type de contact:

Autre/Incertain de la classification

Type de contact:

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.)

Type de contact :

Animaux sauvages, à l'exclusion des rongeurs sauvages

Type de contact:

Animaux sauvages en captivité (p.ex. animaux de zoo, animaux dans des installations de recherche, etc., en particulier primates non-humains et rongeurs)

Type de contact:

Inconnu

D'après les informations précédemment rapportées, quel est le mode de transmission le plus probable?*	<p>Transmission d'animal à humain</p> <p>Associés aux soins de santé</p> <p>Transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou à la naissance</p> <p>De personne à personne via contact sexuel</p> <p>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</p> <p>Contact avec des matériaux contaminés (p. ex. literie, vêtements, objet)</p> <p>Transmission parentérale, y compris la consommation intraveineuse de drogues et la transfusion</p> <p>Transmission en laboratoire en raison d'une exposition professionnelle</p> <p>Autre transmission, précisez:</p> <p>Inconnu</p>
Indiquez le/les genre(s) du/des partenaire(s) sexuel(s) (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent).*	<p>Femme</p> <p>Homme</p> <p>Personne non binaire</p> <p>Inconnu ou indéterminé</p> <p>Si rien de ce qui précède, précisez</p> <p>Ne s'applique pas</p>

Section 7: Résultats de laboratoire