

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 :	Province/territoire :
Prénom :	Numéro de téléphone :
Adresse domiciliaire habituelle :	Date de naissance (aaaa-mm-jj) :
Ville :	N° de cas local :
Code postal :	

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*	<input type="checkbox"/> C.-B. <input type="checkbox"/> Qc <input type="checkbox"/> Yn <input type="checkbox"/> Alb. <input type="checkbox"/> N.-B. <input type="checkbox"/> T.N.-O. <input type="checkbox"/> Sask. <input type="checkbox"/> N.-É. <input type="checkbox"/> Nt. <input type="checkbox"/> Man. <input type="checkbox"/> Î.-P.-É. <input type="checkbox"/> Ont. <input type="checkbox"/> 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	<i>(aaaa-mm-jj)</i>		
Date du rapport de santé publique *	<i>(aaaa-mm-jj)</i>		
Mois/année de naissance OU*	<i>(aaaa-mm)</i>		
Âge	années. Pour les personnes âgées de moins de deux ans, indiquez en mois : mois)		
Sexe assigné à la naissance*	<input type="checkbox"/> Sexe féminin <input type="checkbox"/> Sexe masculin <input type="checkbox"/> Intersexe <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre/divulger <input type="checkbox"/> Inconnu		
Identité de genre*	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Personne non binaire <input type="checkbox"/> Si aucune des réponses ci-dessus, la personne s'identifie comme : <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre/divulger <input type="checkbox"/> Inconnu		

<p>Race</p> <p><i>Dans notre société, les gens sont souvent décrits selon leur race ou origine raciale. Sans que cela ait de fondement scientifique, la race peut influencer 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)</i></p>	<input type="checkbox"/> Noir (Personne d'ascendance africaine, afro-antillaise, afro-canadienne) <input type="checkbox"/> Asiatique de l'Est (Personne d'ascendance chinoise, coréenne, japonaise, taïwanaise) <input type="checkbox"/> Autochtone (Personne d'ascendance inuk/inuite, métisse, des Premières Nations, veuillez préciser ci-dessous) <input type="checkbox"/> Latino-américain (Personne d'ascendance hispanique, latino-américaine) <input type="checkbox"/> Moyen-oriental (Personne d'ascendance arabe, perse, de l'Asie occidentale (p. ex. afghane, égyptienne, iranienne, kurde, libanaise, turque)) <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud (Personne d'ascendance sud-asiatique (p. ex. bangladaise, indienne, indo-caribéenne, pakistanaise, sri-lankaise)) <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est (Personne d'ascendance cambodgienne, indonésienne, philippine, thaïlandaise, vietnamienne ou d'une autre ascendance asiatique du Sud-Est) <input type="checkbox"/> Blanc (Personne d'ascendance européenne) <input type="checkbox"/> Autre catégorie raciale, précisez : <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Refus de répondre
<p>Identité Autochtone</p> <p>Le cas s'identifie comme Autochtone, s'identifie-t-il comme Premières Nations, Métis, et/ou Inuk/Inuit?</p> <p>(sélectionnez tout ce qui s'applique)</p>	<input type="checkbox"/> Oui, Premières Nations <input type="checkbox"/> Oui, Métis <input type="checkbox"/> Oui, Inuk/Inuit <input type="checkbox"/> Autre identité autochtone, précisez : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Refus de répondre
<p>Type de logement</p>	<input type="checkbox"/> Logement privé (maison individuelle) <input type="checkbox"/> Établissement de soins de longue durée <input type="checkbox"/> Logement privé (appartement) <input type="checkbox"/> Résidence de retraite <input type="checkbox"/> Résidence d'étudiants <input type="checkbox"/> Établissement correctionnel <input type="checkbox"/> Maison de chambres ou foyer de groupe <input type="checkbox"/> Refuge/sans-abri <input type="checkbox"/> Résidence-services <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<p>Le cas est un travailleur de la santé?*</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
<p>Si le cas est un travailleur de la santé, quelle est sa profession?</p>	<input type="checkbox"/> Services administratifs <input type="checkbox"/> Pharmacien ou technicien en pharmacie <input type="checkbox"/> Professionnel paramédical (p. ex. inhalothérapeute, physiothérapeute, travailleur social) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Professionnel des soins dentaires <input type="checkbox"/> Services de soutien (p. ex. nettoyeurs, personnel de cuisine) <input type="checkbox"/> Personnel médical d'urgence <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Travailleur de laboratoire <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Soins infirmiers <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

<p>Si le cas n'est pas un travailleur de la santé ou un bénévole, indiquez sa profession *</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travailleur/volontaire animalier (p. ex. refuge pour animaux, rétablissement de la faune, zoo, clinique vétérinaire), précisez :</td> <td><input type="checkbox"/> Travailleur au détail (p. ex. épicerie, commerce de détail)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Services frontaliers</td> <td><input type="checkbox"/> Employé de bureau</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Services de nettoyage et d'entretien</td> <td><input type="checkbox"/> Retraité</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travailleur d'établissement correctionnel</td> <td><input type="checkbox"/> Travailleur du sexe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travailleur agricole</td> <td><input type="checkbox"/> Employé d'école ou de garderie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hôtesse de l'air</td> <td><input type="checkbox"/> Étudiant</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travailleur industriel (p. ex. mines, construction, entrepôt, usine)</td> <td><input type="checkbox"/> Travaille avec les sans-abri et les mal-logés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Application de la loi (p. ex. police, GRC)</td> <td><input type="checkbox"/> Chômeur</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Employé de restaurant/bar</td> <td><input type="checkbox"/> Inconnu</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Travailleur/volontaire animalier (p. ex. refuge pour animaux, rétablissement de la faune, zoo, clinique vétérinaire), précisez :	<input type="checkbox"/> Travailleur au détail (p. ex. épicerie, commerce de détail)	<input type="checkbox"/> Services frontaliers	<input type="checkbox"/> Employé de bureau	<input type="checkbox"/> Services de nettoyage et d'entretien	<input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> Travailleur d'établissement correctionnel	<input type="checkbox"/> Travailleur du sexe	<input type="checkbox"/> Travailleur agricole	<input type="checkbox"/> Employé d'école ou de garderie	<input type="checkbox"/> Hôtesse de l'air	<input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Travailleur industriel (p. ex. mines, construction, entrepôt, usine)	<input type="checkbox"/> Travaille avec les sans-abri et les mal-logés	<input type="checkbox"/> Application de la loi (p. ex. police, GRC)	<input type="checkbox"/> Chômeur	<input type="checkbox"/> Employé de restaurant/bar	<input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> Travailleur/volontaire animalier (p. ex. refuge pour animaux, rétablissement de la faune, zoo, clinique vétérinaire), précisez :	<input type="checkbox"/> Travailleur au détail (p. ex. épicerie, commerce de détail)																				
<input type="checkbox"/> Services frontaliers	<input type="checkbox"/> Employé de bureau																				
<input type="checkbox"/> Services de nettoyage et d'entretien	<input type="checkbox"/> Retraité																				
<input type="checkbox"/> Travailleur d'établissement correctionnel	<input type="checkbox"/> Travailleur du sexe																				
<input type="checkbox"/> Travailleur agricole	<input type="checkbox"/> Employé d'école ou de garderie																				
<input type="checkbox"/> Hôtesse de l'air	<input type="checkbox"/> Étudiant																				
<input type="checkbox"/> Travailleur industriel (p. ex. mines, construction, entrepôt, usine)	<input type="checkbox"/> Travaille avec les sans-abri et les mal-logés																				
<input type="checkbox"/> Application de la loi (p. ex. police, GRC)	<input type="checkbox"/> Chômeur																				
<input type="checkbox"/> Employé de restaurant/bar	<input type="checkbox"/> Inconnu																				
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :																				
<p>Classification du cas *</p>	<input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Ne répond pas à la définition (par exemple, si exclu après le test de confirmation)																				
<p>Le cas avait-il déjà eu une infection par le virus mpox confirmée par le laboratoire ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <p>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):</p> <p>*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.</p>																				

SECTION 4 : PRÉSENTATION DE CAS CLINIQUES			
<p>Le cas a-t-il été hospitalisé ? *</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<p>Si oui :</p>	<p>(aaaa-mm-jj)</p>
		<p>Date d'admission*</p>	
		<p>Date du congé</p>	
<p>Si le cas a été hospitalisé, quelle était la raison principale de l'hospitalisation? *</p>	<input type="checkbox"/> En raison de la maladie de la variole du singe <input type="checkbox"/> Cliniquement indiqué pour une autre raison <input type="checkbox"/> Besoin d'isolement <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> Inconnu		
<p>Le cas a-t-il été admis dans une unité de soins intensifs ou une unité de dépendance élevée? *</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
<p>Statut au moment de la déclaration *</p>	<input type="checkbox"/> Cas rétabli	<p>Date du rétablissement (aaaa-mm-jj) :</p>	
	<input type="checkbox"/> Cas hospitalisé		

	<input type="checkbox"/> Cas symptomatique à domicile			
	<input type="checkbox"/> Cas décédé	Date du décès* (aaaa-mm-jj) :		
	<input type="checkbox"/> Inconnu	Cause du décès, si elle est connue au moment de la déclaration :		
Veillez 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*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inconnu	
Veillez 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*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Température :			<input type="checkbox"/> Celsius <input type="checkbox"/> Fahrenheit
Maux de tête*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Myalgie/arthralgie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatigue/épuisement*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ganglions lymphatiques enflés*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Précisez l'emplacement de l'adénopathie (sélectionnez tout ce qui s'applique) * :			
	<input type="checkbox"/> Submandibulaire	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> Inguinal	
	<input type="checkbox"/> Axillaire	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
Frissons*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mal de gorge*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toux*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transpiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mal de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conjonctivite*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vomissements/nausées*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Éruptions/lésions* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
maculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
papulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vésiculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
pustulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ulcéreuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
en croûte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Veillez présenter un résumé des signes et symptômes de la maladie et les dates d'apparition si vous les connaissez :

Précisez-la ou les localisations de l'éruption/des lésions* :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anogénitale/périanales | <input type="checkbox"/> Membres (bras, jambes) |
| <input type="checkbox"/> Oral (bouche, lèvres, muqueuse buccale y compris la gorge) | <input type="checkbox"/> Mains et paumes de la main |
| <input type="checkbox"/> Visage, à l'exclusion des surfaces buccales et muqueuses | <input type="checkbox"/> Plante des pieds |
| | <input type="checkbox"/> Torse |
| | <input type="checkbox"/> Autre, précisez: |

Nombre de lésions :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une lésion | <input type="checkbox"/> 50 à 100 lésions |
| <input type="checkbox"/> 2 à 10 lésions | <input type="checkbox"/> >100 lésions |
| <input type="checkbox"/> 10 à 50 lésions | <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infection de la cornée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bronchopneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Septicémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Encéphalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lésion ulcéreuse avec retard de cicatrisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Myocardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre, précisez :					

SECTION 5 : FACTEURS DE RISQUES ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Veillez 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	<p>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 ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui, veuillez fournir des détails pour toutes les doses ci-dessous :</p>

SECTION 5 : FACTEURS DE RISQUES ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	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	<input type="checkbox"/> Imvamune (Imvanex, Jynneos) <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		<input type="checkbox"/> sous-cutanée <input type="checkbox"/> intradermique <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> prophylaxie pré-exposition pour le mpox <input type="checkbox"/> prophylaxie post-exposition pour la variole <input type="checkbox"/> immunisation de routine contre la variole Détails, le cas échéant (par exemple, préciser si lié à la profession): <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :
	Dose 2	<input type="checkbox"/> Imvamune (Imvanex, Jynneos) <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		<input type="checkbox"/> sous-cutanée <input type="checkbox"/> intradermique <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> achèvement de la série pour la variole/mpox <input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :
	Dose 3 (le cas échéant) Note : si plus de 3 doses sont enregistrées, veuillez utiliser des lignes supplémentaires dans l'annexe	<input type="checkbox"/> Imvamune (Imvanex, Jynneos) <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		<input type="checkbox"/> sous-cutanée <input type="checkbox"/> intradermique <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ACAM2000 <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :		
	Dose 2	<input type="checkbox"/> ACAM2000		<input type="checkbox"/> Canada		

SECTION 5 : FACTEURS DE RISQUES ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

		<input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu	<input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :
	Dose 3 (le cas échéant) Note : si plus de 3 doses sont enregistrées, veuillez utiliser des lignes supplémentaires dans l'annexe	<input type="checkbox"/> ACAM2000 <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu	<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :
Traitement antiviral reçu pour la variole du singe *	Le cas a-t-il reçu un traitement antiviral pour la variole du singe ? <input type="checkbox"/> Oui (veuillez préciser ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non, pas de traitement antiviral <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, lequel? <input type="checkbox"/> Tecovirimat <input type="checkbox"/> Brincidofovir <input type="checkbox"/> Cidofovir <input type="checkbox"/> Le nom du traitement antiviral n'est pas connu <input type="checkbox"/> Autre, précisez :		
Immunodéprimés (p. ex. par des médicaments ou par une maladie comme le cancer, le diabète, le VIH non traité, etc.) *	<input type="checkbox"/> Oui – en raison d'une maladie <input type="checkbox"/> Oui – en raison de médicaments <input type="checkbox"/> Oui – raison inconnue <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, précisez (sélectionnez tout ce qui s'applique) : <input type="checkbox"/> VIH/SIDA (<i>voir la question suivante</i>) <input type="checkbox"/> Diabète (type 1 ou 2) <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Transplantations d'organes <input type="checkbox"/> Greffes de cellules souches <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Stéroïdes <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> Inconnu	
Le cas a-t-il le VIH? *	<input type="checkbox"/> Positif, traité <input type="checkbox"/> Positif, non traité <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	Si le statut VIH est positif, le compte de CD4: * <input type="checkbox"/> Inconnu	

SECTION 5 : FACTEURS DE RISQUES ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Actuellement enceinte*	<input type="checkbox"/> Oui, Grossesse, le trimestre est inconnu <input type="checkbox"/> Oui, Grossesse, 1er trimestre (de la semaine 1 à la fin de la semaine 12) <input type="checkbox"/> Oui, Grossesse, 2e trimestre (de la semaine 13 à la fin de la semaine 26) <input type="checkbox"/> Oui, Grossesse, 3e trimestre (de la semaine 27 à la fin de la grossesse) <input type="checkbox"/> Post-partum (<6 semaines) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas	
A-t-on diagnostiqué chez le cas une infection concomitante sexuellement transmissible ou véhiculée par le sang? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, précisez (sélectionnez tout ce qui s'applique) : <input type="checkbox"/> Chancre (anal/périanal, génital) <input type="checkbox"/> Chlamydia (génitale, pharyngée, rectale) <input type="checkbox"/> Gonorrhée (génitale, pharyngée, rectale) <input type="checkbox"/> Verrues génitales, VPH (anal, génital) <input type="checkbox"/> Herpès génital, VHS (anal/périanal, oral, génital) <input type="checkbox"/> Lymphogranulome vénérien (anal/périanal, génital, oral) <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium (génital, pharyngé, rectal) <input type="checkbox"/> Syphilis (tous les stades) <input type="checkbox"/> Trichomonase <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Date de départ (aaaa-mm-jj) : Date du retour (aaaa-mm-jj) :
---	--

SECTION 6 : FACTEURS DE RISQUE / HISTORIQUE D'EXPOSITION

<p>province de résidence et à l'extérieur du Canada ? *</p>	<p>Si le cas a voyagé à l'intérieur du Canada, précisez la province, le territoire (indiquez tous ceux qui s'appliquent) :</p> <p> <input type="checkbox"/> C.-B <input type="checkbox"/> Qc <input type="checkbox"/> T.-N.-L. <input type="checkbox"/> Alb. <input type="checkbox"/> N.-B. <input type="checkbox"/> Yn <input type="checkbox"/> Sask. <input type="checkbox"/> N.-É. <input type="checkbox"/> T.N.-O. <input type="checkbox"/> Man. <input type="checkbox"/> Î.-P.-É. <input type="checkbox"/> Nt. <input type="checkbox"/> Ont. </p> <p>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 ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>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) :</p> <hr/> <p>Si le cas a voyagé à l'extérieur du Canada, indiquez le(s) pays(s) visité(s) : *</p> <p>Si le cas a voyagé à l'étranger, soupçonne-t-il que le virus mpox a été contracté à l'étranger ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>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> <p>Si le cas a voyagé à l'étranger, veuillez préciser les détails du voyage à la section 9 à la page 13*.</p>
<p>Le cas a-t-il été en contact avec une personne <u>présentant des symptômes similaires</u>; ou avec un <u>cas suspect, probable ou confirmé de variole du singe</u> ou avec du matériel contaminé (fluides corporels, objet, literie, etc.)? *</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui, précisez le type de contact (sélectionnez tout ce qui s'applique) * :</p> <p> <input type="checkbox"/> Contact sexuel et/ou intime proche <input type="checkbox"/> Domiciliaire (p. ex. partage du lit, de la nourriture, d'un espace commun) <input type="checkbox"/> Fournir des soins à quelqu'un <input type="checkbox"/> Autre, précisez : </p> <p>Si oui, précisez le paramètre où le contact s'est produit (sélectionnez tout ce qui s'applique):</p> <p> <input type="checkbox"/> Domiciliaire (p. ex. partage du lit, de la nourriture, d'un espace commun) <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> École/crèche <input type="checkbox"/> Soins de santé (y compris l'exposition en laboratoire) <input type="checkbox"/> Boîte de nuit / fête privée / sauna ou endroit similaire <input type="checkbox"/> Bar / restaurant ou autre petit événement <input type="checkbox"/> Rassemblement de masse (p. ex., festival ou événement sportif) <input type="checkbox"/> Transport (avion, voiture, autre transport privé ou public) <input type="checkbox"/> Autre, précisez (ou tout événement organisé, fournissez le nom, l'emplacement, les participants, etc.) : <input type="checkbox"/> Inconnu: </p>
<p>Le cas a-t-il eu des contacts connus avec des animaux? *</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>

SECTION 6 : FACTEURS DE RISQUE / HISTORIQUE D'EXPOSITION

<p>Si oui, précisez le type d'animal (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) *</p>	<p>Type d'animal</p>	<p>Détails supplémentaires (p. ex. préciser l'animal, les dates approximatives, le lieu, le type de contact, la fréquence du contact)</p>
	<p><input type="checkbox"/> Animaux domestiques, à l'exclusion des rongeurs (p. ex. chien, chat, lapin, furet, hérisson, etc.)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> 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.)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Animaux de la ferme (p.ex. cochon, vache, mouton, cheval etc.)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Animaux sauvages, à l'exclusion des rongeurs sauvages</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Rongeurs sauvages (p. ex. souris, rat, écureuil, castor etc.)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Animaux sauvages en captivité (par ex. animaux de zoo, animaux dans des installations de recherche, etc., en particulier primates non-humains et rongeurs)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Autre/Incertain de la classification</p>	
<p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>		
<p>Indiquez les autres lieux d'exposition où le cas peut avoir été exposé et avoir contracté une infection (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)</p> <p><i>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.)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Établissement de soins actifs (p. ex. hôpital, salle d'urgence)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement de soins de santé communautaire (p. ex. cliniques privées)</p> <p><input type="checkbox"/> Lieu de vie en communauté (p. ex. refuge, foyer de groupe, dortoirs universitaires, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement correctionnel</p> <p><input type="checkbox"/> Rassemblement de masse (p. ex. conférence, festival, etc. <i>Un rassemblement est défini ici comme un rassemblement de plus de 1 000 personnes.</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Profession/lieu de travail, précisez le type :</p> <p><input type="checkbox"/> Établissement de soins personnels (p. ex. spa, salon de coiffure, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents récents de partenaires sexuels multiples ou anonymes</p> <p><input type="checkbox"/> Installation récréative (p. ex. gymnase, musée, centre communautaire)</p> <p><input type="checkbox"/> Installation où les relations sexuelles sont permises telles que bain / sauna / club de sexe / « sex party »</p> <p><input type="checkbox"/> École (élémentaire, secondaire, post-secondaire, garderie ou camp de jour)</p> <p><input type="checkbox"/> Événement social (p. ex. fête à domicile, événement familial, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Transport (p. ex. système de transport municipal, taxi, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Restaurant / bar / boîte de nuit</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Refus de répondre</p> <p>Détails supplémentaires sur les paramètres d'exposition :</p>	

SECTION 6 : FACTEURS DE RISQUE / HISTORIQUE D'EXPOSITION

<p>Indiquez les méthodes et lieux utilisés pour rencontrer des partenaires sexuels de la maladie, le cas échéant (sélectionnez toutes les réponses applicables)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bar / boîte de nuit <input type="checkbox"/> Installation où les relations sexuelles sont permises telles que bain / sauna / club de sexe / « sex party » <input type="checkbox"/> Croisière / espaces publics (parcs, rues, salles de bains, etc.) <input type="checkbox"/> Applications de rencontre, Internet, réseau social en ligne <input type="checkbox"/> Amis / famille/ École/ Travail <input type="checkbox"/> Hors de la province/du territoire, précisez : <input type="checkbox"/> Autre, précisez (p. ex. Librairie pour adultes, établissement correctionnel) : <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Refus de répondre
<p>Indiquez le/les genre(s) du/des partenaire(s) sexuel(s) (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) *</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Personne non binaire <input type="checkbox"/> Inconnu ou indéterminé <input type="checkbox"/> Si rien de ce qui précède, précisez : <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
<p>Décrivez tout contact étroit, y compris le nombre approximatif, le type ou la nature des contacts et tout détail supplémentaire :</p>	
<p>D'après les informations précédemment rapportées, quel est le mode de transmission le plus probable ? *</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Transmission d'animal à humain <input type="checkbox"/> Associés aux soins de santé <input type="checkbox"/> Transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou à la naissance <input type="checkbox"/> De personne à personne via contact sexuel <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Contact avec des matériaux contaminés (p. ex. literie, vêtements, objet) <input type="checkbox"/> Transmission parentérale, y compris la consommation intraveineuse de drogues et la transfusion <input type="checkbox"/> Transmission en laboratoire en raison d'une exposition professionnelle <input type="checkbox"/> Autre transmission, précisez: <input type="checkbox"/> Inconnu

SECTION 7 : RÉSULTATS DE LABORATOIRE / ENQUÊTES (SI DISPONIBLES)

<p>Date de prélèvement de l'échantillon pour la variole du singe</p>	<p>(aaaa-mm-jj)</p>
<p>Date du rapport de laboratoire*</p>	<p>(aaaa-mm-jj)</p>

SECTION 7 : RÉSULTATS DE LABORATOIRE / ENQUÊTES (SI DISPONIBLES)

Quel échantillon a été analysé pour le diagnostic du cas? (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent) *	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Croûte lésionnelle <input type="checkbox"/> Écouvillonnage oropharyngé <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Sperme <input type="checkbox"/> Écouvillonnage génital <input type="checkbox"/> Écouvillonnage rectal <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Autre spécimen, précisez:
Quelle méthode de laboratoire a été utilisée pour analyser l'échantillon en vue du diagnostic? (sélectionnez tous ceux qui s'appliquent)*	<input type="checkbox"/> PCR positif spécifique au virus du singe <input type="checkbox"/> PCR positif de l'orthopoxvirus <input type="checkbox"/> Séquençage <input type="checkbox"/> Sérologie <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
Indiquer si la caractérisation génomique a été entreprise*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Clade du virus de la variole du singe si séquençage effectué <input type="checkbox"/> Clade d'Afrique de l'Ouest <input type="checkbox"/> Clade du bassin du Congo <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas Numéro d'acquisition de la séquence téléchargée dans la base de données publique <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Imvamune (Imvanex, Jynneos) <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		<input type="checkbox"/> sous-cutanée <input type="checkbox"/> intradermique <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :
	Dose 5	<input type="checkbox"/> Imvamune (Imvanex, Jynneos) <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		<input type="checkbox"/> sous-cutanée <input type="checkbox"/> intradermique <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :
	Dose 6	<input type="checkbox"/> Imvamune (Imvanex, Jynneos) <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique de 3e génération, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu		<input type="checkbox"/> sous-cutanée <input type="checkbox"/> intradermique <input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ACAM2000 <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu				<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :
	Dose 5	<input type="checkbox"/> ACAM2000 <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu				<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :
	Dose 6	<input type="checkbox"/> ACAM2000 <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Autre vaccin antivariolique, nom inconnu				<input type="checkbox"/> Canada <input type="checkbox"/> États-Unis <input type="checkbox"/> Autres :