

Annexe 3 : Exemple de rapport de cas et de suivi lors d'une éclosion d'oreillons

Le formulaire peut être utilisé lorsqu'on interroge des cas d'oreillons (pp. 1-3) **OU** peut être rempli pas le cas (pp. 1-2).

Formulaire rempli par : _____ Unité de santé public : _____
 Date rempli : _____ Numéro d'ID du cas : _____

Renseignements démographiques

Nom de famille : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ AAAA/MM/JJ Âge au début : _____ Sexe : Homme Femme Autre
 Adresse : _____
 Ville/Village : _____ Province : _____ Code Postal : _____
 Numéro de téléphone : () _____ maison travail cellulaire Autre
 Courriel : _____
 Parent/Tuteur/Plus proche parent : _____ Numéro de téléphone : () _____
 Family Physician : _____ Numéro de téléphone : () _____

Renseignements cliniques

Date du début des symptôme : _____ AAAA/MM/JJ

Symptômes

- Tuméfaction unilatérale d'une (de) glande(s) salivaire(s)
- Tuméfaction bilatérale d'une (de) glande(s) salivaire(s)
- Mal de gorge
- Fièvre
- Mal de tête
- Douleurs musculaires
- Autres : _____

Complications

- Orchite (douleur/oedème testiculaire chez les hommes)
- Ovarite (inflammation de l'ovaire chez les femmes)
- Perte auditive
- Encéphalite
- Méningite
- Pancréatite

Autres : _____

Admission à l'hôpital? Oui Non

Si oui, nom de l'hôpital : _____

Date de l'admission : _____ AAAA/MM/JJ Date du congé : _____ AAAA/MM/JJ

Vu en consultation externe ? Oui Non

Si oui, nom de la clinique : _____ Date de la consultation: _____ AAAA/MM/JJ

Antécédents d'oreillons ? Oui Non Ne sais pas

Réception du vaccin contenant le virus des oreillons dans le passé ? Oui Non Ne sais pas

Nom du vaccin	Date d'aministrations (AAAA/MM/JJ)	Âge (ans)	Province/territoire ou pays	N° du lot (si connu)
1				
2				
3				

Données de laboratoire

Échantillon prélevé	Date du prélèvement (AAAA/MM/JJ)	Résultats		
<input type="checkbox"/> Écouv. de gorge (buccal)		<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Indéterminé
<input type="checkbox"/> Urine		<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Indéterminé
<input type="checkbox"/> Sang	IgG	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Indéterminé
	IgM	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Indéterminé

Données sur l'exposition

Avez-vous eu des contacts avec une personne qui s'est fait dire qu'elle avait les oreillons ? Oui Non

Si **oui**, nom de la personne : _____

Si vous avez les oreillons, vous êtes contagieux pendant les 7 jours qui précédent l'apparition des symptômes.

Veuillez tenir compte de toutes les activités que vous avez eues au cours des 7 jours avant le début de vos symptômes.

Veuillez indiquer vos activités sociales au cours des 7 derniers jours	Date(s) (AAAA/MM/JJ)	Détails de l'activité
<input type="checkbox"/> Utilisation des transports en commun		
<input type="checkbox"/> Visite ou bénévolat dans un hôpital		
<input type="checkbox"/> Cérémonie religieuse ou à l'église		
<input type="checkbox"/> Réunion de famille		
<input type="checkbox"/> Rencontre ou conférence		
<input type="checkbox"/> Concert, pièce de théâtre ou événement sportif		
<input type="checkbox"/> Magasinage		
<input type="checkbox"/> Activité récréative		
<input type="checkbox"/> Repas dans un café/cafétéria/aire de restauration		
<input type="checkbox"/> Repas au restaurant		
<input type="checkbox"/> Bar ou discothèque		
<input type="checkbox"/> Autres activités		

Veuillez indiquer vos antécédents de voyage au cours des 7 derniers jours	Date(s) (AAAA/MM/JJ)	Lieu
<input type="checkbox"/> Voyage dans la province/territoire		
<input type="checkbox"/> Voyage à l'intérieur du Canada		
<input type="checkbox"/> Voyage à l'extérieur du Canada		

Renseignements professionnels

Profession : _____ Fonctions : _____

Nom de l'employeur : _____

Heures de travail : _____

École/établissement d'enseignement

Avez-vous fréquenté une école ou un établissement postsecondaire ? Oui Non

Si **oui**, nom de l'école/établissement : _____

Niveau/année : _____

Horaire (veuillez le joindre si possible) : _____

Conditions de logement

Vous résidez dans quel type d'habitation ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maison | <input type="checkbox"/> Hôtel/Motel |
| <input type="checkbox"/> Appartement | <input type="checkbox"/> Foyer de groupe ou établissement de soins de longue durée |
| <input type="checkbox"/> Résidence universitaire | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____ |

Partagez-vous une chambre ou un logement avec une autre personne ? Oui Non

Si **oui**, avec combien de personnes ? _____

Recevez-vous des soins à domicile ? Oui Non

Renseignements sur les contacts

Veuillez dresser la liste de vos contacts rapprochés y compris votre époux(se), conjoint(e), frères et soeurs, enfants, membres de la famille, co-chambreurs ou toute autre personne avec qui vous habitez.

Nom du contact	Numéro de téléphone du contact	Lien ou parenté	Date de naissance ou âge	État immunitaire	Profession/travail
			(AAAA/MM/JJ)	Non vacciné (0) Vacciné - 1 dose (1) Vacciné - 2 doses (2) Déjà eu les oreillons (8)	

Commentaires/Notes