

## Annexe 3 : Exemple de rapport de cas et de suivi lors d'une écloison 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 symptômes : \_\_\_\_\_ 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'administrations<br>(AAAA/MM/JJ) | Âge<br>(ans) | Province/territoire<br>ou pays | N° du lot<br>(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 précèdent 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/caféteria/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 ?

- Maison  Hôtel/Motel  
 Appartement  Foyer de groupe ou établissement de soins de longue durée  
 Résidence universitaire  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<br>(AAAA/MM/JJ) | État immunitaire<br>Non vacciné (0)<br>Vacciné - 1 dose (1)<br>Vacciné - 2 doses (2)<br>Déjà eu les oreillons (8) | Profession/travail |
|----------------|--------------------------------|-----------------|--|---|--------------------|
|                |                                |                 |  |   |                    |
|                |                                |                 |  |   |                    |
|                |                                |                 |  |   |                    |
|                |                                |                 |  |   |                    |
|                |                                |                 |  |   |                    |

### Commentaires/Notes