

Formulaire d'investigation de cas associés à une écloison de rougeole

Formulaire rempli par : _____ Statut final : Cas confirmé Cas probable Exclus
Date d'établissement du formulaire : _____ Cas de référence : Oui Non Inconnu
Unité de santé publique : _____ Cas secondaire : Oui Non Inconnu
Numéro d'identification du cas : _____

Identification du cas

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : _____ Sexe : Homme Femme Autre
Âge à l'apparition de la maladie : _____
Adresse : _____ Province : _____
Ville/Village : _____ Médecin de famille : _____
Code postal : _____ Numéro de téléphone : __ (____) _____
Numéro de téléphone : __ (____) _____ Courriel : _____
 Maison Travail Cellulaire Autre
Parent/Gardien/Plus proche parent : _____

Données cliniques

Symptômes :

Éruption cutanée maculopapulaire Coryza
Date d'apparition : ____/____/____ Durée : _____ jours Conjonctivite
Où l'éruption cutanée s'est-elle initialement manifestée? Visage Tronc Extrémités Toux
Est-ce une éruption cutanée généralisée? Oui Non Inconnu Pharyngite
 Fièvre : Taches de Koplik
Date d'apparition : ____/____/____ Température maximale : _____ °C Sensibilité à la lumière
 Orale Rectale Axillaire Autre

Hospitalisation : Oui Non Inconnu

Dans l'affirmative – Nom de l'hôpital : _____
Date d'admission : _____ Date du congé : _____

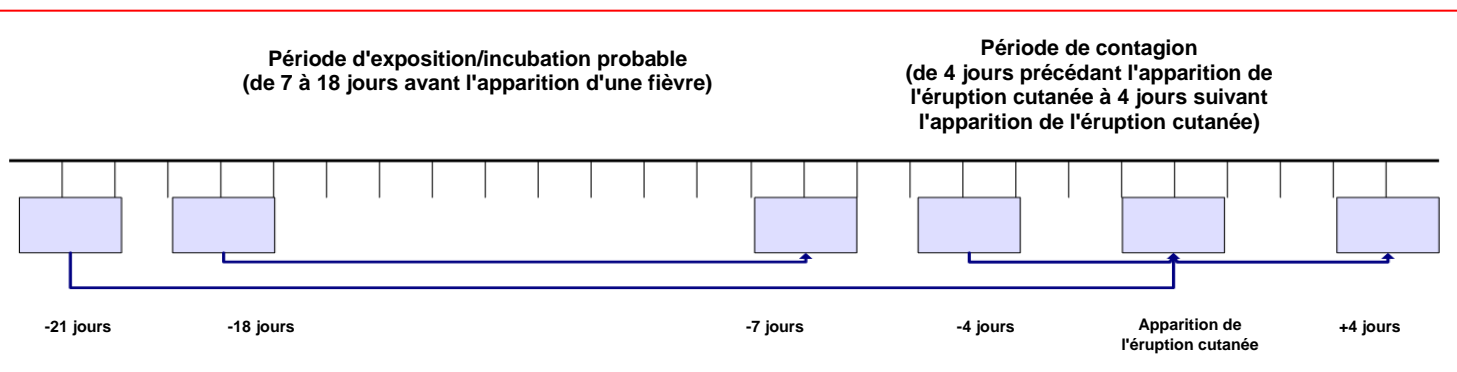
Le sujet a-t-il eu recours à un service de consultation externe? Oui Non Inconnu

Dans l'affirmative – Nom du centre de consultation externe : _____ Date de la visite : _____

Résultats cliniques :

Rétablissement sans effet résiduel avec effets résiduels
 Effets résiduels :
 Otite moyenne Pneumonie Encéphalite Méningite Bronchite Diarrhée Autre : _____
 Décès
Date du décès : _____
Décès lié à rougeole/complications : Oui Non

Calcul de la période d'incubation et de la période de contagion



Antécédents d'immunisation

Antécédents de rougeole : Oui Non Inconnu

Le patient a-t-il déjà reçu un vaccin contenant le virus de la rougeole? Oui Non Inconnu

Si aucune immunisation n'a eu lieu, indiquer la raison : _____

Nom du vaccin	Date d'administration (AAAA/MM/JJ)	Âge (années)	Province/Territoire ou pays	Numéro de lot (si connu)
1.				
2.				
3.				

Renseignements liés au laboratoire

	Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3	Échantillon 4
Type d'échantillon	<input type="checkbox"/> Écouvillonnage du nasopharynx/Aspirat rhinopharyngé <input type="checkbox"/> Écouvillonnage de la gorge <input type="checkbox"/> Échantillon de sérum <input type="checkbox"/> Échantillon d'urine <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Écouvillonnage du nasopharynx/Aspirat rhinopharyngé <input type="checkbox"/> Écouvillonnage de la gorge <input type="checkbox"/> Échantillon de sérum <input type="checkbox"/> Échantillon d'urine <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Écouvillonnage du nasopharynx/Aspirat rhinopharyngé <input type="checkbox"/> Écouvillonnage de la gorge <input type="checkbox"/> Échantillon de sérum <input type="checkbox"/> Échantillon d'urine <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Écouvillonnage du nasopharynx/Aspirat rhinopharyngé <input type="checkbox"/> Écouvillonnage de la gorge <input type="checkbox"/> Échantillon de sérum <input type="checkbox"/> Échantillon d'urine <input type="checkbox"/> Autre : _____
N° d'identification				
Date de prélèvement	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année
Date d'envoi				
POUR UTILISATION EN LABORATOIRE				
Date de réception	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année
N° d'identification en laboratoire				
Type de test	<input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique – IgM <input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique indirecte – IgM <input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique – IgG <input type="checkbox"/> Isolement du virus <input type="checkbox"/> Réaction en chaîne de la polymérase <input type="checkbox"/> Autre test	<input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique – IgM <input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique indirecte – IgM <input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique – IgG <input type="checkbox"/> Isolement du virus <input type="checkbox"/> Réaction en chaîne de la polymérase <input type="checkbox"/> Autre test	<input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique – IgM <input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique indirecte – IgM <input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique – IgG <input type="checkbox"/> Isolement du virus <input type="checkbox"/> Réaction en chaîne de la polymérase <input type="checkbox"/> Autre test	<input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique – IgM <input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique indirecte – IgM <input type="checkbox"/> Épreuve immunoenzymatique – IgG <input type="checkbox"/> Isolement du virus <input type="checkbox"/> Réaction en chaîne de la polymérase <input type="checkbox"/> Autre test
Résultats	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> Échantillon inadéquat <input type="checkbox"/> Non traité	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> Échantillon inadéquat <input type="checkbox"/> Non traité	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> Échantillon inadéquat <input type="checkbox"/> Non traité	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé <input type="checkbox"/> Échantillon inadéquat <input type="checkbox"/> Non traité
Dates des résultats	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année
Commentaire				

Renseignements sur l'exposition :

Êtes-vous entré en contact avec une personne chez qui on a diagnostiqué un cas de rougeole? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquer le nom de cette personne : _____

Activités sociales lors des 7 jours précédant l'apparition de symptômes chez le sujet

Activités sociales lors des 7 derniers jours	Date(s) (AAAA/MM/JJ)	Détails sur les activités
<input type="checkbox"/> A utilisé le transport en commun		
<input type="checkbox"/> A visité un hôpital ou a fait du bénévolat dans un hôpital		
<input type="checkbox"/> A assisté à une activité ecclésiastique/religieuse		
<input type="checkbox"/> A assisté à une réunion de famille		
<input type="checkbox"/> A assisté à une réunion ou à une téléconférence		
<input type="checkbox"/> A assisté à un concert, à une pièce de théâtre ou à un événement sportif		
<input type="checkbox"/> S'est adonné à une séance de magasinage		
<input type="checkbox"/> A participé à une activité récréative		
<input type="checkbox"/> A mangé dans un café-restaurant, une cafétéria ou une aire de restauration		
<input type="checkbox"/> A mangé dans un restaurant		
<input type="checkbox"/> A fréquenté un bar ou une boîte de nuit		
<input type="checkbox"/> Autres activités		

Voyages lors des 7 derniers jours	Date(s) (AAAA/MM/JJ)	Lieu
<input type="checkbox"/> À l'intérieur du pays		
<input type="checkbox"/> À l'étranger		

Renseignements sur la profession

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

Garderie/École/Établissement d'enseignement

Fréquentez-vous une garderie, une école ou un établissement d'enseignement postsecondaire? Oui Non

Si la réponse est *OUI* – Nom de l'école/établissement : _____ Année scolaire/Niveau/Année d'étude : _____

Horaire (joindre en pièce jointe, le cas échéant) : _____

Conditions de logement

Dans quel type de résidence habitez-vous?

Maison Appartement Résidence universitaire Hôtel/Motel Foyer de groupe ou établissement de soins de longue durée Autre (préciser) : _____

Partagez-vous un logement ou une chambre avec quelqu'un? Oui Non

Si la réponse est *OUI* – Avec combien de personnes? _____

Recevez-vous des soins à domicile? Oui Non

Renseignements sur les contacts étroits

Veuillez indiquer ci-dessous tous les contacts étroits, y compris votre conjoint ou votre conjointe, votre partenaire, vos frères ou sœurs, vos enfants, les membres de votre famille, vos colocataires et toute autre personne avec qui vous habitez.

Nom du contact (Prénom, Nom)	Numéro de téléphone du contact	Relation	Date de naissance (AAAA/MM/JJ) ou âge	État vaccinal Non vacciné (0) Vacciné – 1 dose (1) Vacciné – 2 doses (2) Antécédents de rougeole (8)	Profession

Commentaires/Notes :

Classification

Cas de rougeole confirmé en laboratoire
Cas probable de rougeole
Exclus
Base de la classification : Analyses de laboratoire Lien épidémiologique Tableau clinique
Responsable de l'investigation : _____ Établissement : _____ Date : _____