



## Annexe 1

### Formulaire pour l'interrogation des patients sources et des contacts dans le cadre de la gestion des contacts en cas de soupçon de transmission interhumaine du virus de la grippe pandémique

#### Interrogation du patient source pour l'établissement d'une liste de contacts<sup>1</sup>

Interrogation du patient source (nom/prénom): \_\_\_\_\_

en phase contagieuse du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Patient source confirmé ; patient source probable

Prière de remplir un formulaire par contact et rentrer les données dans le système informatique dans un délai de 2 heures<sup>2</sup>

#### Contact

Par contacts, on entend les personnes qui sont entrées en contact avec le patient source lorsqu'il était contagieux, i.e. 1 jour avant et jusqu'à 7 jours (enfants/immunodéprimés : 21 jours) après le début des symptômes du patient source<sup>3</sup>.

Nom / prénom: \_\_\_\_\_

Rue, n°: \_\_\_\_\_ NPA / Ville: \_\_\_\_\_

N° portable: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexe : f ; m ; profession: \_\_\_\_\_

Lieu de travail / employeur: \_\_\_\_\_

#### Type et fréquence de contact

Contact unique

Date du contact: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de \_\_\_:\_\_\_ à \_\_\_:\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_

Contacts répétés

Date du contact le plus long: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de \_\_\_:\_\_\_ à \_\_\_:\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_ Distance de contact  $\leq 1$  m ;  $> 1$  m

Type de contact (réponses multiples possibles)

Même foyer / contacts intimes ; séjour dans la même pièce

Autre type de contact , préciser: \_\_\_\_\_

#### Médecin

Nom / prénom: \_\_\_\_\_ Institution: \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ n° de portable: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

Date, signature: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La liste est automatiquement établie par le système informatique à partir des formulaires de contact

<sup>2</sup> Pour la marche à suivre pour utiliser le système informatique, cf. [www.....](http://www.....)

<sup>3</sup> Contact direct =  $\leq 1$  m de distance, ou type de contact suivant : même foyer, séjour dans la même pièce (p. ex. bureau, crèche, classe d'école) ou le même espace (voiture, compartiment de train, avion)

## Vérification / ajout à la liste des contacts

Interrogation du **contact** du patient source

(Nom / prénom du patient source): \_\_\_\_\_

en phase contagieuse<sup>4</sup> du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Contact

Nom / prénom: \_\_\_\_\_

Rue, n : \_\_\_\_\_ NPA / Ville: \_\_\_\_\_

N° de portable: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexe: f  ; m  ; profession: \_\_\_\_\_

Lieu de travail / employeur: \_\_\_\_\_

### Type et fréquence de contact

Contact avec le patient source lorsqu'il était contagieux (cf. ci-dessus) oui  ; non  ; ne sait pas

#### Contact unique

Date du contact: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de \_\_\_:\_\_\_ à \_\_\_:\_\_\_ lieu: \_\_\_\_\_

#### Contacts répétés

Date du contact le plus long: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ de \_\_\_:\_\_\_ à \_\_\_:\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_ Distance de contact ≤ 1 m  ; > 1m

#### Type de contact (réponses multiples possibles)

Même foyer / contacts intimes  ; séjour dans la même pièce

Autre type de contact  , préciser: \_\_\_\_\_

### Etat de santé

Etat de santé du contact le: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ aucun symptôme

Symptômes  ; préciser: (réponses multiples possibles)

Fièvre >38° C  ; douleurs aux articulations  ; toux  ; sensation d'être malade/faiblesse

Douleur aux muscles ou douleur généralisée  ; rhume  ; conjonctivite  ; mal de gorge  ;

céphalée  ; insuffisance respiratoire  ; diarrhée  ; autre

Préciser: \_\_\_\_\_

### Prophylaxie / traitement

Des médicaments antiviraux ont-ils été pris au cours des 14 derniers jours : oui  ; non  ; inconnu

Si oui, nom/principe actif et dose: \_\_\_\_\_

du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Des médicaments sont-ils pris actuellement? oui  ; non  ; si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Vaccination saisonnière contre la grippe oui  ; date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ non  ; ne sait pas

Information tirée de: anamnèse  ; carnet de vaccinations

Vaccination prépandémique oui  ; date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ non  ; ne sait pas

Information tirée de: anamnèse  ; carnet de vaccinations

### Déclarant(e)

Nom / prénom: \_\_\_\_\_ Institution: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ n° de portable: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

Date, signature: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Période infectieuse: 1 jour avant à 7 jours (enfants/immunodéprimés: 21 jours) après le début des symptômes