**QUESTIONNAIRE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

**DES INFECTIONS AU VIRUS ZIKA**

|  |
| --- |
| **Renseignements relatifs au patient**  **PAGE À NE PAS TRANSFÉRER AU BSV** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **No de référence du LSPQ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **identification du cas** | |  | | | | |
| **Nom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Date de naissance :** \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | | | **Âge :** \_\_\_\_\_\_ ans/mois | **Sexe :** | M | F |
| **Père, mère ou tuteur :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **Date d'épisode :** \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | | | |
| **No dossier hôpital :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | **No assurance maladie :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| ***Commentaires*:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **coordonnÉes du cas** | | | | | |  | | | | | | |
| Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_| | | |
|  | (no) | | (rue) | | | (ville) | | | (province) | | | (code postal) | |
| Tél. domicile : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Tél. travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Autre tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Personne contact : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | (nom) | | | (prénom) | | (lien) | | | (tél.) | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personne(s) questionnÉe(s)** | | | |  | | |
|  | Patient |  | | **Date de l’enquête :** | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |
| **❑** | Médecin |  | | **Date de l’enquête :** | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |
|  | Membre de la famille | (*spécifier*) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Date de l’enquête :** | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |
|  | Autre personne | (*spécifier*) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Date de l’enquête :** | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |
|  |  |  | |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signalé par :** | Laboratoire | Médecin | **Date du signalement :** | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |

**QUESTIONNAIRE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

**DES INFECTIONS AU VIRUS ZIKA**

|  |
| --- |
| **Renseignements cliniques dénominalisés (Pages 2 et 3)**  **À TRANSFÉRER AU BSV :** No de télécopieur : 1-418-266-8489 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DONNÉES GÉNÉRALES** | | | | |  | | |
|  | | | | | | Nouvelle déclaration  Mise à jour des renseignements | |
| **Âge :** \_\_\_\_\_\_ ans/mois | | **Sexe :** | M | F | | | **Date du signalement :** \_\_\_\_\_\_ jj / \_\_\_\_\_\_ mm/ \_\_\_\_\_\_aaaa |
|  | (date de réception du signalement par le LSPQ) | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANALYSES DE LABORATOIRE** | | | |
|  | | | | | | | |
| |  | | --- | | Hôpital :\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Laboratoire(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° dossier hôpital : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tél. hôpital : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **Marqueurs** | **Date de prélèvement** | **Positif** | **Négatif** | | **Date de réception** | **Non fait** | **À venir** |
| IgM | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  |
| IgG | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  |
| RT-PCR | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  |
| PRNT | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  |
| Autre | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **pRÉSENTATION CLINIQUE** | | |
|  | | | | | | |
| |  | | --- | | **Présence de symptômes?**   Oui  Non  Ne sais pas  Refus de répondre | | | | | | | |
| **Symptômes** | **Oui** | **Date de début** | | **Non** | **Inconnu** | **Refus** |
| Fièvre (temp. >=38C buccale ou 38.5C rectale) |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |  |  |  |
| Douleurs articulaires |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |  |  |  |
| Éruptions cutanées |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |  |  |  |
| Conjonctivite |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |  |  |  |
| Faiblesse/fatigue |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |  |  |  |
| Symptômes neurologiques (précisez) |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |  |  |  |
| Autres symptômes (précisez) |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Durée des symptômes** |
|  | |
| |  | | --- | | **Quelle est la date de la fin des symptômes?** \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A)  **⮡** Toujours présent au moment de l’enquête | | |

|  |
| --- |
| **femme enceinte, fœtus et nouveau-né** |
| |  |  | | --- | --- | | **Infection identifiée chez une femme enceinte?**  Oui  Non  Ne sais pas  ⮡ Si oui, préciser la date prévue d’accouchement : \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | **No BSV de l’enfant:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Infection identifiée chez un fœtus ou un nouveau-né?**  Oui  Non  Ne sais pas  ⮡ Si oui, l’infection maternelle était-elle déjà connue :  Oui  Non  Ne sais pas | **No BSV de la mère:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Au moment de l’enquête, y a-t-il des anomalies congénitales qui ont été décelées chez le fœtus?**  Oui  Non  Ne sais pas   ⮡ Si oui, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **No BSV de la mère:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |
| --- |
| **CONSULTATION ET HOSPITALISATION** |
| |  | | --- | | **A dû consulter en raison de ses symptômes?**   Oui  Non  Ne sais pas  Refus de répondre  **⮡** Si oui, préciser le lieu de consultation : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| |  | | --- | | **A dû être hospitalisé?**   Oui  Non  Ne sais pas  Refus de répondre  **⮡** Si oui, préciser le lieu et durée d’hospitalisation : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |

|  |
| --- |
| **5 EXPOSITION(S) ET FACTEURS DE RISQUE** |
|  | |
| |  | | --- | | **Date de début de la maladie** :\_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A)  **Exposition 3 à 12 jours avant le début de la maladie** : soit du \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A)au \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Histoire d’exposition** | |
| |  | | --- | | **Est-ce que la personne a voyagé à l’extérieur du Canada durant la période d’exposition (ou durant la grossesse pour les femmes enceintes, les fœtus ou les nouveau-nés)?**   Oui  Non  Ne sais pas  Refus de répondre | | | | | |
| **Région(s) visitée(s)** | **Date d’arrivée** | | **Date de retour** | **Commentaires** |
|  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |
|  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |
|  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |
|  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  |
| **Si la personne n’a pas voyagé à l’extérieur du Canada, est-ce qu’elle a eu une relation sexuelle avec une personne ayant voyagé à l’extérieur du Canada dans les 6 mois précédant la relation?**   Oui  Non  Ne sais pas  Refus de répondre  **⮡** Si oui, préciser le lieu visité ainsi que les dates du voyage   | **Région(s) visitée(s)** | **Date d’arrivée** | **Date de retour** | **Commentaires** | | --- | --- | --- | --- | |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  | |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  | |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  | |  | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) | \_\_\_\_\_\_(J)\_\_\_\_\_\_(M)\_\_\_\_\_\_\_\_(A) |  | | | | | |
| **Est-ce que la personne a eu des symptômes associés à l’infection au virus Zika pendant ou après son voyage?**  Oui  Non  Ne sais pas  **⮡** Si oui, préciser : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Est-ce que cette personne a eu un diagnostic confirmé d’infection à Zika?**  Oui  Non  Ne sais pas  **S’il y a lieu, obtenir le nom et coordonnées de la personne pour pouvoir compléter l’enquête.**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |

|  |
| --- |
| **Catégorisation du cas** |
| **Infection contractée lors d’un voyage**  *Regroupe les cas qui ont été confirmés en laboratoire et pour lesquels la période d’exposition au virus a eu lieu à l’extérieur du Canada. Les cas confirmés en laboratoire chez les personnes qui ont voyagé pendant une partie de la période d’exposition seront d’abord consignés comme ayant été contractés lors d’un voyage, puis ils seront évalués au cas par cas*.  **Infection transmise sexuellement au pays**  *Regroupe les cas qui ont été confirmés en laboratoire et pour lesquels la personne était au Canada pendant toute la période d’exposition au virus.* | |

|  |
| --- |
| **HÉMO- HISTOVIGILANCE** |
|  | | **Oui** | **Non** |
| Dans les 14 jours précédant le début de la maladie, avez-vous donné du sang ou des produits sanguins? | |  |  |
| Dans les 28 jours précédant le début de la maladie, avez-vous reçu une ou plusieurs transfusions sanguines? | |  |  |
| Dans les 14 jours précédant le début de la maladie, avez-vous fait un don de cellules souches, de tissus ou d’organes? | |  |  |
| Dans les 28 jours précédant le début de la maladie, avez-vous eu une transplantation de cellules souches, de tissus ou d’organes ? | |  |  |
| **Dans tous les cas, si vous avez répondu oui à l’une de ces 4 questions, veuillez compléter le formulaire approprié du guide de biovigilance.** | | | |

|  |
| --- |
| **Enseignement sur la maladie  et les mesures de prévention** |
| **Information sur la maladie transmise**  **Information sur les mesures de prévention recommandées lors des relations sexuelles transmises**  **Information sur les mesures de prévention recommandées en lien avec l’hémo-histovigilance**  Commentaires de l’enquêteur :  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DÉCLARANT** |
| |  | | --- | | **Nom et prénom du déclarant :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Coordonnées (Numéro de téléphone et/ou courriel) :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Date de l’entrevue initiale :** \_\_\_\_\_\_ (J) \_\_\_\_\_\_ (M) \_\_\_\_\_\_\_ (A) | | |