



Fiche de signalement des cas suspects d'infection à 2019-nCoV
à envoyer à l'ONMNE par fax (71 894 512) ou par mail : alerte.observatoire@gmail.com
Date de signalement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Coordonnées du médecin déclarant (Tampon)			
Nom Prénom		Tél :	Email :
Lieu de signalement :			
<input type="checkbox"/> Structure hospitalière, préciser.....			
<input type="checkbox"/> Point d'entrée, préciser.....			
I- Identification du patient :			
Nom et Prénom :		Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse et code postal du domicile du patient en Tunisie :			
Nationalité :		Résident permanent : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non, préciser : Pays d'origine Motif de la visite.....	
Numéro de téléphone :		Profession :	
II- Informations cliniques :			
Date de début des signes	_ _ _ _ _ _ _ _		
Signes cliniques :			
<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Dyspnée	<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Asthénie	<input type="checkbox"/> Céphalées	<input type="checkbox"/> Nausée vomissement	
<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Confusion	<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales	
<input type="checkbox"/> Rhinite	<input type="checkbox"/> Myalgies/courbatures	<input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques	
Autres signes cliniques, préciser :		
Antécédents et comorbidités :			
<input type="checkbox"/> Aucun antécédents	<input type="checkbox"/> Traitement immunosuppresseur	<input type="checkbox"/> Autres, spécifier :
<input type="checkbox"/> Maladies cardiovasculaires	<input type="checkbox"/> Pathologie rénale chronique	
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Pathologies respiratoires chroniques	
<input type="checkbox"/> Obésité	<input type="checkbox"/> Grossesse en cours (terme :SA)	
Admission dans un Hôpital : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON , Si hospitalisé(e) , préciser :			
Hôpital :		Service :	
Date d'hospitalisation : _ _ _ _ _ _ _ _		Date de début d'isolement : _ _ _ _ _ _ _ _	Date de sortie : _ _ _ _ _ _ _ _
Patient intubé :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Evolution :	<input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Complications Si Complications, préciser..... <input type="checkbox"/> Guéri <input type="checkbox"/> Décès, Date _ _ _ _ _ _ _ _
Traitements reçus		



III- Exposition à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes

1. Séjour ou transit dans la ville de Wuhan	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, préciser :				
		Date d'arrivée	Date de Départ	N° vol		
		.../.../...	.../.../...			
		.../.../...	.../.../...			
		.../.../...	.../.../...			
		Type de séjour : <input type="checkbox"/> Tourisme <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Escale <input type="checkbox"/> Autre Préciser				
Avez-vous visité un établissement de santé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
Si oui, préciser le motif : <input type="checkbox"/> Soins en ambulatoire <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Autre, préciser :						
Si oui, préciser la date: _ _ _ _ _ _ _ _ Période						
Avez-vous fréquenté des marchés d'animaux vivants ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
Si oui, préciser les espèces animales :						
Si oui, préciser date: _ _ _ _ _ _ _ _ Période						
2. Notion de voyage	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser				
		Pays	Ville	Date d'arrivée	Date de départ	N°vol
				.../.../...	.../.../...	
				.../.../...	.../.../...	
				.../.../...	.../.../...	
		Type de séjour : <input type="checkbox"/> Tourisme <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Escale <input type="checkbox"/> Autre Préciser				
Avez-vous visité un établissement de santé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
Si oui, préciser le motif : <input type="checkbox"/> Soins en ambulatoire <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> PSP <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Autre, préciser :						
Si oui, préciser date /Période : _ _ _ _ _ _ _ _ /						
Avez-vous fréquenté des marchés d'animaux vivants ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
Si oui, préciser les espèces animales :						
Si oui, préciser date /Période : _ _ _ _ _ _ _ _ /						
3. Un contact étroit avec un cas confirmé d'infection 2019-nCoV pendant sa phase symptomatique :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser la nature de l'exposition :				
		Si oui, préciser la date /Période d'exposition : _ _ _ _ _ _ _ _ /				
4. Notion de co-exposition avec un cas confirmé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, préciser le contexte :				
		Si oui, préciser la date /Période d'exposition : _ _ _ _ _ _ _ _ /				
IV- Confirmation laboratoire						
Laboratoire.....						
Agent pathogène	Date de Prélèvement1 et Heure de prélèvement	Type de prélèvement 1	Résultat du prélèvement 1			
2019-nCoV	_ _ _ _ _ _ _ _ ,H.....		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif			
Virus Influenzae	A _ _ _ _ _ _ _ _ ,H.....		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif			
	B _ _ _ _ _ _ _ _ ,H.....		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif			
	C _ _ _ _ _ _ _ _ ,H.....		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif			
MERS-CoV	_ _ _ _ _ _ _ _ ,H.....		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif			
Autres :	_ _ _ _ _ _ _ _ ,H.....		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif			
Si 2019-nCoV						
Date et Heure de prélèvement 2		Résultat Prélèvement 2				
_ _ _ _ _ _ _ _ ,H.....		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif				
V- Classification finale du cas						
<input type="checkbox"/> Cas Confirmé		<input type="checkbox"/> Cas Suspect				



Définition d'un cas suspect

Cas suspect :

Tout patient présentant :

- Des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë basse grave sans autre étiologie identifiée pouvant expliquer la symptomatologie

ET

- Ayant voyagé ou séjourné dans la ville de Wuhan en Chine dans les 14 jours précédant la date de début des signes cliniques.

OU

Toute personne présentant une infection respiratoire aiguë quelle que soit sa gravité, dans les 14 jours suivant l'une des expositions suivantes :

- Un contact étroit d'un cas confirmé d'infection au 2019-nCoV, pendant que ce dernier était symptomatique ;
- Toute personne co-exposée, définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (c'est-à-dire un séjour / voyage à Wuhan, Chine) qu'un cas confirmé
- Toute personne ayant travaillé ou ayant séjourné dans un hôpital dans lequel un cas d'infection au 2019-nCoV a été confirmé ;
- Toute personne ayant visité ou travaillé dans un marché d'animaux vivants à Wuhan, en Chine.

Définition d'un cas confirmé

Le cas suspect avec un prélèvement confirmant la présence du 2019-2019-nCoV.

Contact étroit

Un contact étroit est toute personne ayant partagé le même lieu de vie que le cas index lorsque celui-ci présentait des symptômes.

Exemple : Famille, même chambre d'hôpital, ou ayant eu un contact direct en face à face en moins d'un mètre du cas suspect ou confirmé au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion, voisin de classe ou de bureau, voisin du cas index dans un avion ou un train, en l'absence de mesures de protection efficaces (précautions Standards + Air + Contact).

Une personne co-exposée

Une personne co-exposée est définie comme ayant été soumise aux mêmes risques d'exposition (c'est-à-dire un séjour/Voyage à Wuhan, Chine) que le cas confirmé