

Country Case ID : _____

Questionnaire de notification de cas confirmés et probables pour le nouveau coronavirus 2019 (COVID-19)
Merci de remplir le formulaire électroniquement et de l'envoyer au médecin inspecteur (détails à la page 3)

Date de notification à l'autorité sanitaire nationale (jj/mm/aaaa) : _____

Déteçté au "point d'entrée" dans le pays : Non Oui Inconnu Si oui, date (jj/mm/aaaa) : _____
Si oui, précisez lequel : _____

Section 1 : Information du patient

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : (jj/mm/aaaa) _____ Numéro de téléphone : _____
Code postal (en Belgique) : _____ (patient ou personne de contact)
Genre : Masculin Féminin Autre
Lieu d'infection (Pays) : _____ Province : _____
Lieu de résidence habituel du patient (Pays) : _____ Province : _____

Section 2 : Information clinique

Date d'apparition des symptômes : (jj/mm/aaaa) _____ Asymptomatique Inconnu
Admission à l'hôpital : Non Oui Isolé à la maison Inconnu
Motif : Etat clinique Personne à risque Entourage à risque Isolement à domicile impossible
Première date d'admission à l'hôpital : (jj/mm/aaaa) _____
Nom de l'hôpital : _____
Date de l'isolement : (jj/mm/aaaa) _____
Le patient a-t-il été ventilé ? : Non Oui Inconnu
État de santé au moment de la notification : Guéri Non guéri Décédé Inconnu
Date de décès ou de sortie de l'hôpital, si applicable : (jj/mm/aaaa) _____

Symptômes du patient (cocher tous les symptômes rapportés) :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antécédent de fièvre / frissons | <input type="checkbox"/> Essoufflement, manque d'air | <input type="checkbox"/> Douleur (cochez les cases) : |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse générale | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Musculaire <input type="checkbox"/> Poitrine |
| <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Nausée / vomissement | <input type="checkbox"/> Abdominale <input type="checkbox"/> Articulation |
| <input type="checkbox"/> Maux de gorge | <input type="checkbox"/> Céphalées | |
| <input type="checkbox"/> Ecoulement nasal | <input type="checkbox"/> Irritabilité / confusion mentale | |
| <input type="checkbox"/> Autre, à préciser : | | |

Signes présentés par le patient : _____

Température: [] [], [] °C

Cochez tous les signes observés :

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Exsudat pharyngé | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Convulsion |
| <input type="checkbox"/> Injection conjonctivale | <input type="checkbox"/> Dyspnée / tachypnée | |
| <input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire anormale | <input type="checkbox"/> Résultats anormaux de radiographie pulmonaire | |
| <input type="checkbox"/> Autres signes, à spécifier : _____ | | |

Conditions sous-jacentes et comorbidité (Cochez tous ce qui sont applicables):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grossesse (trimestre : _____) | <input type="checkbox"/> Post-partum (< 6 semaines) |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire, incluant hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> Immunodépression, incluant le VIH |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladie rénale |
| <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> Maladie chronique des poumons |
| <input type="checkbox"/> Maladie neurologique ou neuromusculaire chronique | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Autres maladies, à spécifier : _____ | |

Section 3 : Exposition et voyages dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes (ou avant de signaler si asymptomatique)

Profession : (cochez tous ceux qui sont applicables)

- Etudiant Professionnel de santé Autres, à spécifier : _____
 Travailleur en contact avec les animaux Professionnel de laboratoire

Le patient a-t-il **voyagé** au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ? Non Oui Inconnu

Si oui, veuillez préciser les endroits où le patient a voyagé :

Pays	Ville	Date de départ de la localité
Pays _____	Ville _____	Date _____
Pays _____	Ville _____	Date _____
Pays _____	Ville _____	Date _____

Le patient a-t-il visité des **établissements de soins de santé** au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ?

- Non Oui Inconnu

Le patient a-t-il eu **un contact étroit**¹ avec une personne atteinte d'une infection respiratoire aiguë au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ?

- Non Oui Inconnu

Si oui, précisez le lieu de contact (cochez tous ceux qui sont applicables) :

- Structure de santé Cadre familial Lieu de travail Inconnu Autres, à spécifier : _____

Le patient a-t-il été **en contact avec un cas probable ou confirmé** au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ?

- Non Oui Inconnu

Si oui, veuillez énumérer les **identifiants uniques** de tous les cas probables ou confirmés :

Cas 1 identifiant. _____ Cas 2 identifiant. _____ Cas 3 identifiant. _____

Si oui, précisez le **lieu de contact** (cochez tous ceux qui sont applicables):

- Structure de santé Cadre familial Lieu de travail Inconnu Autres, à spécifier : _____

Si oui, précisez le lieu/ville/pays d'exposition : _____

Le patient a-t-il visité **des marchés d'animaux vivants** au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ?

- Non Oui inconnu Si oui, lieu/ville/pays d'exposition : _____

Section 4 : Information de laboratoire

Date de prélèvement : (jj/mm/aaaa) _____ Type de prélèvement : _____

Section 5 : Personne ayant complété le formulaire

Nom : _____ Téléphone : _____ E-mail : _____ Institution : _____

Section 6 : A remplir par le médecin inspecteur

Classification du cas : Confirmé Probable

Résultat du test : Positif Négatif Pas fait

1 Un contact étroit est défini comme une personne :

- Vivre/travailler dans le même endroit qu'un patient **COVID-19** au cours **du jour** qui précède le début des symptômes chez le patient
- Avoir eu un contact intense avec le patient **COVID-19** dans un rayon de 1,5 m pendant plus de 4 heures au total
- Avoir voyagé avec le patient infecté par le **COVID-19**, quel que soit le mode de transport, le patient **COVID-19** étant assis à 1 ou 2 places du contact (dans n'importe quelle direction)
- Exposition en milieu de soins, en particulier donner des soins directs au patient **COVID-19**, travailler avec du personnel de soins infectés par le **COVID-19**, visiter un patient ou rester dans le même environnement qu'un patient **COVID-19**

Contact

Après avoir rempli le formulaire de manière électronique, merci de le sauvegarder et de l'envoyer en pièce jointe par courriel au service de surveillance des maladies infectieuses de votre région :

- Région de Bruxelles-Capitale : notif-hyg@ccc.brussels
- Wallonie (AVIQ) et Cantons de l'est : surveillance.sante@aviq.be
- Flandre : infectieziektebestrijding@vlaanderen.be