

HISTORIQUE D'EXPOSITION

Contact avec un cas de MRS/SRAS déjà dépisté? Oui Non Ne sait pas

Si oui, état du sujet contact – Confirmé Probable Ne sait pas → ID du cas de MRS/SRAS (préciser) : _____

Si oui, type de contact : Familial Établ. de soins de santé Transport aérien Autre (préciser) : _____

Si oui, date du premier contact : ____/____/____ (jj/mm/aaaa) Dernier contact : ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

Dans les dix jours précédant l'apparition des symptômes, le patient a-t-il été en contact étroit avec une personne qui :

Travaille dans un établissement de soins de santé? Oui Non Ne sait pas

A voyagé dans une zone d'émergence ou de ré-émergence (Chine/Taiwan/Hong Kong) Oui Non Ne sait pas
ou dans une région* touchée du Canada? (*Voir la Définition de la surveillance améliorée de la MRS (<http://www.sars.gc.ca>))

Travaille dans un laboratoire à la manutention ou à l'entreposage du CoV-SRAS? Oui Non Ne sait pas

A-t-il voyagé en avion dans les 10 jours ayant précédé l'apparition des symptômes? Oui Non Ne sait pas

Si oui, indiquer les n^{os} de vol, les transporteurs, les n^{os} de places, les villes de départ et les dates des vols :

N° de vol	Transporteur	N° de place	Ville de départ	Date du vol (jj/mm/aaaa)

MALADIE LIÉE À UN VOYAGE

Voyage récent dans une ZRE du SRAS (c.-à-d., la Chine, y compris la Chine continentale, Taiwan et la ZAS de Hong Kong) ou dans une région* touchée du Canada? (*Voir la Définition de la surveillance améliorée de la MRS (<http://www.sars.gc.ca>))

Oui Non Ne sait pas

Si oui, préciser les pays/régions, les hôtels/résidences où le patient a séjourné et les dates d'arrivée et de départ :

Pays / Région	Province / Ville	Hôtel / Résidence	Date d'arrivée	Date de départ

Si le patient a voyagé dans une ZRE (Chine/ Taiwan/ Hong Kong) ou dans une région* touchée du Canada, indiquer les possibilités d'exposition : (*Voir la Définition de la surveillance améliorée de la MRS (<http://www.sars.gc.ca>))

Hôpital Cabinet de médecin Cas de SRAS Personne atteinte de symptômes grippaux Autre (préciser) :

Ne sait pas _____

Le patient participait-il à un voyage organisé? Oui Non Ne sait pas

Si oui, type de voyage : Adoption Tourisme Affaires Autre (préciser) : _____

Si oui, le patient a-t-il été malade pendant le voyage? Oui* Non Ne sait pas

Si oui, Nom du voyage/ de l'agence : _____ *Communiquer avec le CMIU (Bureau de la sécurité de la santé publique) pour vous procurer la liste des membres du groupe

Le patient a-t-il été malade pendant le ou les vols? Oui** Non Ne sait pas

Si oui, indiquer les n^{os} de vol, les transporteurs, les n^{os} de places, les villes de départ et les dates des vols :

N° de vol***	Transporteur	N° de place	Ville de départ	Date du vol (jj/mm/aaaa)

**Les services de santé publique locaux se procureront la liste des passagers auprès du CMIU (Bureau de la sécurité de la santé publique).

*** Les vols de correspondance et les lieux d'escale doivent aussi être évalués.

PRODUITS SANGUINS

Le patient a-t-il eu une transfusion dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes? Oui Non Ne sait pas

Le patient a-t-il donné du sang après l'apparition des symptômes? Oui Non Ne sait pas

Le patient a-t-il donné du sang dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes? Oui Non Ne sait pas

ÉPREUVES DE LABORATOIRE

(Voir les protocoles de laboratoire (<http://www.sars.gc.ca>))

Code de suivi de laboratoire (MRS/SRAS) : MRS - _____ - _____
(Province/Territoire) (N° particulier)

Date de collecte de l'échantillon	Source de l'échantillon	Méthode d'analyse	Résultats de l'analyse	Date de l'analyse

OBSERVATIONS :

Nota : Les pages 1 et 2 doivent être remplies et envoyées au Système national de déclaration de MRS/SRAS, Agence de santé publique du Canada. La ou les feuilles sur les contacts personnels ne doivent pas être remises à l'Agence de santé publique du Canada.

CONTACTS PERSONNELS (MRS/SRAS)

Indiquez, en détails, toutes les personnes avec lesquelles vous avez entretenu des contacts étroits depuis l'apparition de vos symptômes.

Cela comprend les personnes qui :

- 1) vivent avec vous
- 2) travaillent dans le même milieu que vous
- 3) les amis, les membres de votre famille et d'autres personnes qui vous ont rendu visite ou à qui vous avez rendu visite
- 4) d'autres contacts étroits

Nom du contact (Nom, prénom)	N° de téléphone	Type de contact (utiliser les numéros ci-dessus)	Cette personne a-t-elle des symptômes grippaux ou de MRS/SRAS? Si oui, indiquer la date d'apparition (jj/mm/aaaa)
1			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
2			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
3			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
4			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
5			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
6			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
7			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
8			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
9			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
10			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
11			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
12			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
13			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>
14			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
15			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
16			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
17			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
18			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
19			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
20			<input type="checkbox"/> Oui Apparition _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

Si les contacts sont plus nombreux, ajouter une page **Contacts personnels (MRS/SRAS)** et l'agrafer à la présente page.
Je vous remercie.