

Maladie respiratoire sévère (MRS) Formulaire de rapport d'enquête

Province/territoire auteur du rapport : _____	À REMPLIR PAR L'ASPC (CPCM) : Date de réception au CPCMI ____/____/____ (jj/mm/aaaa) ID DU CPCMI : _____
--	--

SECTION 1 : CRITÈRES DE TRIAGE
Ce formulaire devrait **SEULEMENT** être complété si le patient rencontre (A) la définition de cas des IRS ET/OU (B) selon l'outil de triage H5N1

(A) MALADIE RESPIRATOIRE SÉVÈRE (MRS) DÉFINITION DE CAS*
** Se reporter à la définition de la surveillance accrue de MRS qui figure au verso du formulaire ou au document offert à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/eri-ire/pdf/02-Protocol-de-surveillance-MRS_f.pdf*

Patients hospitalisés avec : (Doit rencontrer <u>tous</u> les critères suivants) : <input type="checkbox"/> fièvre (supérieure à 38 degrés Celsius) <input type="checkbox"/> nouvelle apparition de toux (ou l'exacerbation de toux chronique) ou de la difficulté à respirer <input type="checkbox"/> signes radiographiques d'infiltrats correspondent à une pneumonie ou au syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) OU le SG sévère peut comprendre des complications telles que l'encéphalite et d'autres complications sévères mettant la vie en danger <input type="checkbox"/> aucun autre diagnostic qui peut expliquer raisonnablement la maladie au cours des 72 premières heures d'hospitalisation	OU si post-mortem, décédé suite à : (Doit rencontrer <u>tous</u> les critères suivants) : <input type="checkbox"/> antécédents de maladie respiratoire aiguë inexpliquée (y compris la fièvre et la toux ou la difficulté à respirer) résultant en un décès <input type="checkbox"/> résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDR) sans cause identifiable
---	---

ET

Lien épidémiologique possible / facteur de risque (Doit rencontrer un ou plus des critères suivants)
[Remarque: Conditions de l'exposition sont sujettes au changement]

Exposition liée au voyage: <input type="checkbox"/> voyageur de retour d'une région affectée ¹ <input type="checkbox"/> contact avec voyageur souffrant de retour d'une région affectée ¹ Exposition Laboratoire/soins de santé <input type="checkbox"/> travailleur de laboratoire qui utilise directement des pathogènes émergents ou réémergents <input type="checkbox"/> fournisseurs de soins de première ligne exposés aux patients liés à une enquête d'éclosion en cours ou à des animaux malades ou agonisants <input type="checkbox"/> lien épidémiologique avec une grappe nosocomiale (c'est-à-dire soins de santé) → ID de grappe # _____ <small>¹Liste des régions actuellement affectées sur http://www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index_f.html</small>	Exposition animale (occupationnelle): <input type="checkbox"/> travailleur dans un élevage de volaille ou de porc; <input type="checkbox"/> travailleur dans une usine de transformation de la volaille domestique; <input type="checkbox"/> préposé à l'abattage de volailles domestiques (attrapage, mise en sac ou transport d'oiseaux, enlèvement des cadavres de volailles ou de porcs); <input type="checkbox"/> travailleur dans un marché d'animaux vivants; <input type="checkbox"/> négociant ou marchand d'oiseaux de compagnie ou autres animaux possiblement affectés; <input type="checkbox"/> chef cuisinier manipulant des volailles domestiques vivantes ou récemment abattues ou d'autres animaux possiblement affectés Exposition, autres: <input type="checkbox"/> Exposition à des lieux où on a observé de nombreux décès ou de cas de maladie chez la volaille ou les porcs au cours des six semaines précédentes.
---	---

(B) OUTIL DE TRIAGE H5N1

Patient se présentant avec :
 le syndrome grippal (SG) sévère² **ET**

Lien épidémiologique dans les 10 jours précédant la survenue des symptômes (DOIT rencontrer un ou plus des critères suivants):
 voyage récent dans une région affectée ET avoir résidé ou visité une région/lieu signalant de la volaille domestique ou des oiseaux sauvages malades ou morts
 contact étroit (moins d'un mètre) avec une voyageur souffrant qui s'est rendu dans une région affectée avec le H5N1 connu chez la volaille domestique ou les oiseaux sauvages.

² **SG** : Apparition soudaine d'une maladie respiratoire avec fièvre et toux accompagnée d'un ou de plusieurs des symptômes suivants - mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration - qui pourraient être attribuables au virus de l'influenza. Chez les enfants de moins de 5 ans, des symptômes gastro-intestinaux peuvent également se manifester. Chez les patients de moins de 5 ans ou de plus de 65 ans, il est possible que la fièvre ne soit pas très importante. **Le SG sévère** : Des complications telles que la pneumonie, le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), l'encéphalite et d'autres complications sévères mettant la vie en danger.

CLASSEMENT DU CAS	<input type="checkbox"/> respecte la définition de MRS (symptômes clinique et lien épidémiologique) <input type="checkbox"/> H5N1 positif selon l'outil de triage <input type="checkbox"/> Exclu (veuillez préciser la raison) : _____	Date d'isolement (jj/mm/aaaa): ____/____/____
--------------------------	--	--

SECTION 2: INFORMATION ADMINISTRATIVE

Rapport de l'état	<input type="checkbox"/> Rapport initial <input type="checkbox"/> Mise à jour	Date du rapport initial (jj/mm/aaaa): ____/____/____	Date de cette mise à jour (jj/mm/aaaa): ____/____/____
Nom/organisme de la personne produisant le rapport : _____	Province/territoire produisant le rapport : _____		
N° de téléphone de la personne ressource pour le rapport : (____) ____ - ____ poste _____	Unité de santé produisant le signalement : _____		

Patient/Répondant INFORMATION PROTÉGÉE – USAGE LOCAL SEULEMENT – NE PAS FAIRE PARVENIR CETTE SECTION À L'ASPC

Coordonnées du PATIENT : Nom : _____ Prénom: _____ Adresse de résidence usuelle : _____ Ville : _____ Province/Territoire: _____ Code postal : _____ Numéro(s) de téléphone : (____) ____ - ____ Information de contact local (si différente de résidentielle): Numéro de téléphone: (____) ____ - ____ Numéro valide jusqu'à (jj/mm/aaaa) : ____/____/____	Information de l'hôpital : Nom de l'hôpital: _____ Information du répondant : La personne remplissant le formulaire est-elle le répondant? (par ex. pour un patient(e) décédé(e) ou un enfant) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (fournir l'information ci-dessous) Nom du répondant: _____ Prénom du répondant : _____ Lien du répondant avec le cas : _____ Numéro de téléphone du répondant : (____) ____ - ____
---	---

SECTION 9 : EXPOSITIONS DE VOYAGES

Au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes, est-ce que le patient s'est rendu en avion dans une région actuellement affectée?¹

¹ Se reporter à la liste des régions actuellement affectées sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index_f.html

- Oui* Non (passer à la section 10) Ne sait pas (passer à la section 10)

Si oui, préciser le ou les pays/régions, hôtels/résidences du séjour ainsi que les dates d'arrivée et de départ.

Pays / région	Hôtel / résidence	Date d'arrivée (jj/mm/aaaa)	Date de départ (jj/mm/aaaa)

Est-ce que le patient faisait partie d'un voyage organisé? Oui Non Ne sait pas

Si oui, est-ce que le patient a été malade pendant le voyage? Oui* Non Ne sait pas

Si oui, nom du voyage ou de la compagnie de voyage : _____

Est-ce que le patient a été malade pendant le ou les vols? Oui* Non Ne sait pas

Si oui, préciser le ou les numéros de vol, le ou les transporteurs, le ou les numéros de siège, la ou les villes d'origine et la ou les dates du ou des vols.

Numéro du vol **	Transporteur	Numéro de siège	Ville d'origine	Date du vol (jj/mm/aaaa)

* Les unités de santé publique locales doivent communiquer avec le CMIU (Bureau de la sécurité de la santé publique) de Santé Canada pour obtenir les listes nominatives des passagers et des groupes de voyageurs.

** On doit évaluer les vols de correspondance et les escales.

SECTION 10 : CONTACT ÉTROIT : EXPOSITION HUMAINE

Le patient est-il un contact d'un précédent cas d'infection émergente/réémergente?

- Oui (compléter la portion restante de l'exposition humaine) Non (passer à la section 11) Ne sait pas (passer à la section 11)

Si oui à la question ci-dessus, indiquer la cause de maladie du contact humain :

IRS, pas encore diagnostiqué Nouveau virus de l'influenza (y compris H5N1), préciser sous-type si connu : _____

SRAS Autre, préciser: _____

État du contact humain :

Cas confirmé Probable **ID de cas provincial/territorial Case ID (préciser):** _____

Suspect/sous enquête Inconnu

Type de contact : À la maison Établissement de soins de santé¹ Transporteur aérien Autre, préciser: _____

Date du premier contact: ____/____/____ (jj/mm/aaaa) **Date du dernier contact:** ____/____/____ (jj/mm/aaaa)

¹ Les établissements de soins de santé comprennent les soins actifs, de longue durée, ambulatoires et communautaires

Au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes, est-ce que le patient a eu des contacts étroits avec une personne qui :

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

A voyagé dans une région actuellement affectée?¹ Oui Non Ne sait pas

Travaille dans un laboratoire directement avec des pathogènes émergents ou réémergents? Oui Non Ne sait pas

¹ Se reporter à la liste des régions actuellement affectées sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index_f.html

SECTION 11 : CONTACT ÉTROIT : EXPOSITION ANIMALE

Est-ce que le patient a eu des contacts avec les situations suivantes 10 jours précédent la survenue des symptômes?

Volaille malade/agonisante Oui Non Ne sait pas

Produits avicoles infectés, insuffisamment cuits ou crus Oui Non Ne sait pas

Des oiseaux sauvages ou domestiques malades/agonisants Oui Non Ne sait pas

Autres animaux malades/agonisants (par ex. porcs) Oui Non Ne sait pas

Des fientes et de la litière d'une volée malade/agonisante Oui Non Ne sait pas

Des surfaces contaminées Oui Non Ne sait pas

Contact avec des véhicules, de l'équipement, des vêtements et des chaussures

contaminés dans les lieux touchés (par ex. fermes avec volaille malade/agonisante) Oui Non Ne sait pas

Environnement fermé où le mouvement des oiseaux ou des fientes a pu résulter

en l'aérosolisation d'un virus Oui Non Ne sait pas

SECTION 12: SOMMAIRE DE CONTACTS PERSONNELS

(voir page 4 CONTACTS PERSONNELS (MRS))

Total des contacts (colonne 1) : _____

Sommaire des types de contact (colonne 3):

1. Habite avec le patient (Total des « 1 »): _____

2. Travaille dans le même milieu que le patient (Total des « 2 »): _____

3. Amis/famille/autres qui ont visité le patient / auxquels le patient a rendu visite (Total des « 3 »): _____

4. Autres contacts étroits (Total des « 4 »): _____

COMMENTAIRES :

Remarque : Compléter page 1 (sauf la section de l'information protégée du patient), pages 2, et 3 et les faire parvenir au Système national de déclaration des MRS de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC). Ne PAS transmettre à l'ASPC les pages (Page 4) portant sur les contacts personnels.

USAGE LOCAL SEULEMENT – NE PAS FAIRE PARVENIR CETTE SECTION À L’ASPC

Province/territoire produisant le rapport : _____	ID prov./terr. du cas : _____
---	--------------------------------------

SECTION 13 : CONTACTS PERSONNELS (MRS)

Indiquez les renseignements concernant toutes les personnes avec lesquelles vous avez eu des contacts étroits (un mètre ou moins) depuis l'apparition de vos symptômes.

- Ce sont les personnes suivantes :
- 1) personnes qui habitent avec le patient
 - 2) personnes qui travaillent dans le même milieu que le patient
 - 3) amis, membres de la famille, autres personnes qui ont visité le patient / auxquels le patient a rendu visite
 - 4) autres personnes avec lesquelles vous avez eu des contacts étroits

Nom de la personne (nom de famille et prénom)	Numéro de téléphone	Type de personne (Choisir tous les numéros qui s'appliquent)	Cette personne éprouve-t-elle des symptômes respiratoires? Si oui, Date d'apparition (jj/mm/aaaa) et symptômes dominants
1			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____
2			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____
3			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____
4			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____
5			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____
6			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____
7			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____
8			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____
9			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____
10			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas Si oui , apparition : _____ <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> SG sévère <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> autre : _____

Si vous devez préciser d'autres personnes, adjoindre une **feuille de contact de MRS** et agrafez-la au présent formulaire. Merci de votre collaboration.

Verso du formulaire : définitions de cas de MRS

Surveillance des personnes ayant un lien épidémiologique potentiel qui sont hospitalisées et atteintes d'une MRS

Il est recommandé que toutes les provinces et tous les territoires mettent en œuvre, à tout le moins, une surveillance en milieu hospitalier pour les cas sporadiques de MRS, y compris les **SG sévères**¹ et autres maladies respiratoires sévères aigus PED en employant la définition de cas suivante.

Cas de MRS - doit rencontrer les critères dans chacune des quatre catégories pour (A) Hospitalisé ou (B) Décédé, incluant : I. symptômes respiratoires + II. sévérité + III. diagnostic inconnu + IV. expositions épidémiologiques, tel que défini par les définitions suivantes :

Cas de MRS (A)

Une personne **admise à l'hôpital** et présentant :

I. Symptômes respiratoires², c'est-à-dire :

- Fièvre (supérieure à 38 degrés Celsius) **ET** nouvelle apparition de toux (ou l'exacerbation de toux chronique) ou de la difficulté à respirer;

ET

II. Signes de progression de maladie sévère, c'est-à-dire :

- Des signes radiographiques d'infiltrats correspondant à une pneumonie ou au syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA).

OU

- Le **SG sévère** peut également comprendre des complications telles que l'encéphalite ou d'autres complications sévères mettant la vie en danger.

ET

III. Aucun autre diagnostic au cours des 72 premières heures d'hospitalisation³, c'est-à-dire :

- Les résultats des études préliminaires cliniques et/ou en laboratoire, **au cours des 72 premières heures** d'hospitalisation pendant lesquelles le traitement n'a produit aucun effet, ne peuvent permettre d'établir avec précision un diagnostic qui puisse expliquer raisonnablement la maladie.

ET

IV. Une ou plusieurs des expositions/affections suivantes, c'est-à-dire :

- Résidence, visite ou voyage récent dans une région affectée où un nouveau virus de l'influenza ou d'autres virus respiratoires émergents ou réémergents ont été identifiés (se reporter au tableau des régions affectées à l'adresse suivante: http://www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index_f.html).
- Contact étroit (incluant ceux des fournisseurs de soins de santé) avec une personne malade⁴ qui s'est rendue dans une région affectée au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes.
- Exposition à des lieux où on a observé de nombreux décès ou de cas de maladie chez la volaille ou les porcs au cours des six semaines précédentes.
- Exposition occupationnelle impliquant les soins de santé directs, une exposition en laboratoire ou à des animaux, c.-à-d. :
 - **Exposition lors de soins de santé** impliquant les fournisseurs de soins de première ligne exposés aux patients liés à une enquête d'éclosion en cours ou à des animaux malades ou agonisants.

OU

- **Exposition laboratoire** chez une personne travaillant directement avec des pathogènes émergents ou réémergents

OU

- **Exposition animale** chez une personne effectuant le travail suivant :
 - travailleur dans un élevage de volaille ou de porc;
 - travailleur dans une usine de transformation de la volaille domestique;
 - préposé à l'abattage de volailles domestiques (attrapage, mise en sac ou transport d'oiseaux, enlèvement des cadavres de volailles ou de porcs);
 - travailleur dans un marché d'animaux vivants;
 - négociant ou marchand d'oiseaux de compagnie ou autres animaux possiblement affectés;
 - chef cuisinier manipulant des volailles domestiques vivantes ou récemment abattues ou d'autres animaux possiblement affectés

OU

Cas de MRS (B)

Une personne **décédée** ayant présenté :

I. Des antécédents de symptômes respiratoires, c'est-à-dire :

- des antécédents de maladie respiratoire aiguë inexpliquée (incluant fièvre et nouvelle apparition de toux (ou l'exacerbation de toux chronique) ou de la difficulté à respirer) résultant en un décès.

ET

II. Une autopsie effectuée et ayant trouvé des résultats correspondant à une MRS, c'est-à-dire :

- résultats d'autopsie correspondant à la pathologie du SDRA sans cause identifiable.

ET

III. Aucun autre diagnostic qui peut expliquer raisonnablement la maladie.

ET

IV. Une ou plusieurs expositions/affections (voir ci-dessus).

CRITÈRES D'EXCLUSION DE CAS DE MRS

- Une personne devrait être exclue si un autre diagnostic peut expliquer raisonnablement la maladie.

¹ La définition du syndrome grippal (SG) pour la population en général (définition nationale de cas dans Surveillance de l'influenza) comprend ce qui suit: Apparition soudaine d'une maladie respiratoire avec fièvre et toux accompagnée d'un ou de plusieurs des symptômes suivants - mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration - qui pourraient être attribuables au virus de l'influenza. Chez les enfants de moins de 5 ans, des symptômes gastro-intestinaux peuvent également se manifester. Chez les patients de moins de 5 ans ou de plus de 65 ans, il est possible que la fièvre ne soit pas très importante. En plus des symptômes de SG cités ci-dessus, le SG sévère peut comprendre des complications telles que : la pneumonie, le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), l'encéphalite et d'autres complications sévères mettant la vie en danger.

² Des symptômes/présentations non respiratoires peuvent se manifester (c.-à-d. l'encéphalite, gastroentérite).

³ On suggère d'effectuer les essais en laboratoire, y compris les épreuves de laboratoires pour l'influenza et d'autres pathogènes respiratoires, dès que le patient se présente (c.-à-d., on ne doit pas attendre 72 heures pour débiter les tests). On doit envoyer sans tarder les spécimens d'influenza non typables en vue d'un sous-typage immédiat. Demande également une action immédiate de contrôle de l'infection et de santé publique (voir les directives correspondantes).

⁴ Une autorité peut décider de n'inclure, en fonction de sa propre évaluation des risques et de son expérience, que les contacts avec des voyageurs gravement malades qui sont de retour au pays.