

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CAS D'INFECTION - MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19)

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PROTÉGÉS SUR LE CAS – Pour usage local, provincial ou territorial seulement

NE PAS TRANSMETTRE CETTE SECTION À L'ASPC

Renseignement sur le CAS		Renseignement sur le MANDATAIRE	
Nom de famille :		Le répondant est-il un mandataire? (p. ex. pour un parent décédé, un enfant) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (veuillez	
Prénom :		fournir les renseignements demandés)	
Adresse résidentielle actuelle :		Nom de famille :	
Ville :	Province ou territoire :	Prénom :	
Code postal :	Région sanitaire locale :	Lien avec le cas :	
Numéro de téléphone 1 :		Numéro de téléphone 1 :	
Numéro de téléphone 2 :		Numéro de téléphone 2 :	
Date de naissance	(jj/mm/aaaa)		
N° de cas local :			
N° de cas P/T :			
Coordonnées de l'auteur de la déclaration			
Prénom et nom :			
Numéro de téléphone :			
Courriel :			

Instructions

- Veuillez remplir le formulaire en donnant le plus de précisions possible au moment de la déclaration initiale.
- Tous les champs ne pourront être remplis au moment de la déclaration initiale, mais ils seront mis à jour lorsque les renseignements deviendront disponibles.

Instructions pour les autorités locales de santé publique

- **Déclaration** : Veuillez utiliser les méthodes locales, provinciales ou territoriales normales pour déclarer les cas.
- **Voyages** : Le bureau des services de la quarantaine de l'Agence de la santé publique du Canada peut aider à demander les listes des passagers d'un transporteur, lorsque les autorités locales de santé publique en font la demande. Les autorités locales de santé publique peuvent communiquer avec le gestionnaire d'astreinte au 1-416-MANAGER (626-2437).

Instructions pour les autorités de santé publique provinciales/territoriales

- **Déclaration des cas probables et confirmés** : Veuillez envoyer les déclarations par voie électronique de façon sécurisée ou par télécopieur au 1-613-952-4723. Pour la télécopie, un avis par courriel doit être envoyé à l'adresse phac.hsfluepi.aspc@canada.ca (ne pas joindre le formulaire). *Les provinces et les territoires doivent déclarer tous les cas confirmés et probables dans les 24 heures qui suivent la déclaration du cas à l'agence de santé publique provinciale ou territoriale.*
- Après les heures normales de bureau (de 8 h à 17 h, HE), veuillez communiquer avec le Centre des opérations du portefeuille de la Santé de l'ASPC à l'adresse phac-aspc.hpoc-cops@canada.ca.



N° de cas P/T :

Date de la déclaration :

(JJ/MM/AAAA)

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DÉCLARATION INITIALE DÉCLARATION MISE À JOUR**Province ou territoire faisant la déclaration** C.-B. Alb. Sask. Man. Ont. QC N.-B. N.-É. î.-P.-E. T.-N.-L. Yn T.N.-O. NU**Coordonnées de l'auteur de la déclaration dans la province ou le territoire**

Prénom :

Courriel :

Nom :

Numéro de téléphone :

Raison du test : La personne a demandé des soins Contact avec un cas Contrôle de routine pour une maladie respiratoire
 Autre, précisez :**CLASSIFICATION DU CAS AUX FINS DE LA SURVEILLANCE (voir les définitions nationales de cas)** Confirmé Probable Personne faisant l'objet d'une enquête Ne répond pas aux critères**DÉTAILS DU CAS****Résidence :** Résident canadien Résident non canadien, pays :**Détection au point d'entrée?** Non Oui, emplacement du point d'entrée : _____ Date d'entrée : _____ (jj/mm/aaaa)**Sexe :** Homme Femme Autre Inconnu **Âge :** _____ ans mois**Le cas s'identifie-t-il comme Autochtone?** Oui Non Refus de répondre Inconnu**Si oui, indiquez le groupe :** Premières Nations Métis Inuit Refus de répondre Inconnu**Le cas réside-t-il dans une réserve des Premières Nations la plupart du temps?** Oui Non Refus de répondre Inconnu**Le cas est :** un travailleur ou bénévole de la santé en contact direct avec les patients un travailleur/membre dans une école ou une garderie
 un travailleur de laboratoire manipulant des échantillons biologiques un ouvrier agricole
 un vétérinaire ou une personne qui travaille avec des animaux un résident d'un établissement de soins de longue durée ou d'un établissement institutionnel
 Autre, précisez : _____**SYMPTÔMES****Date d'apparition des symptômes :** _____ (mm/jj/aaaa) **Asymptomatique**

Symptôme	Oui	Non	Inconnu	Question pas posé/évalué
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre (≥ 38 °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fébrilité/frissons (température non prise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écoulement nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Essoufflement/difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées/vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faiblesse généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale, articulaire, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité/confusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDITIONS PRÉEXISTANTES ET FACTEURS DE RISQUE

Condition	Oui	Non	Inconnu	La question n'a pas été posée	Commentaires (précisez la maladie)
Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles neurologiques ou neuromusculaires chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunodéficience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Néoplasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Post-partum (≤ 6 semaines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, trimestre :
Néphropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ÉVALUATIONS, COMPLICATIONS ET DIAGNOSTICS CLINIQUES

Évaluation/diagnostic clinique	Oui	Non	Inconnu	Non évalué	Commentaires
Auscultation pulmonaire anormale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altération de l'état mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Preuves cliniques ou radiologiques de pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Injection conjonctivale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diagnostic du syndrome de détresse respiratoire aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saturation en O ₂ < 95 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Encéphalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypotension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Exsudat pharyngé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Septicémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tachypnée (rythme respiratoire accéléré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ÉVOLUTION CLINIQUE ET RÉSULTATS (remplir le cas échéant)

Évolution clinique	Oui	Non	Inconnu	Date d'admission/de début	Date du congé/de fin
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unité de soins intensifs (USI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Isolation (p. ex. pression négative)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ventilation mécanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

État actuel : Rétabli* Stable Détérioré Décédé Date de l'évaluation de l'état : (jj/mm/aaaa)

En cas de décès : Décès attribué/lié à une maladie respiratoire? Oui Non Inconnu

Cause du décès (tel qu'indiquée sur le certificat de décès) :

Date du décès :

*Définition : fin des symptômes suivie par deux tests négatifs réalisés à au moins 24 heures d'intervalle.

(jj/mm/aaaa)

EXPOSITIONS (au besoin, ajouter d'autres détails dans la section des commentaires)

Au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes, le cas a-t-il voyagé à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence ou à l'extérieur du Canada?

Oui Non Refus de répondre Inconnu

Si oui, veuillez préciser ce qui suit (fournir des renseignements supplémentaires sur une page distincte au besoin) :

N°	Point d'origine (ville/pays)	Destination (ville/pays)	Date de début (jj/mm/aaaa)	Date de fin (jj/mm/aaaa)	Hôtel/lieu de résidence	Détails du vol/transporteur (nom du transporteur, n° de vol, n° de siège)
1						
2						
3						
4						

Le cas a-t-il été en contact étroit * avec un cas symptomatique confirmé ou probable dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes?

Oui Non Inconnu

Si oui, veuillez préciser ce qui suit (fournir des renseignements supplémentaires sur une page distincte au besoin) :

ID du cas	Date du premier contact (mm/jj/aaaa)	Date du dernier contact (mm/jj/aaaa)	Cadre du contact	Commentaires
	Contact prolongé : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Milieu des soins de santé <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Milieu familial <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> Lieu de travail	
	Contact prolongé : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Inconnu		<input type="checkbox"/> Milieu des soins de santé <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Milieu familial <input type="checkbox"/> Autre, précisez : <input type="checkbox"/> Lieu de travail	

EXPOSITIONS (au besoin, ajouter d'autres détails dans la section des commentaires)

<p>Le cas a-t-il été en contact étroit* avec une personne qui a eu de la fièvre et/ou de la toux et qui s'est rendue dans une région touchée** dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>Date du dernier contact (jj/mm/aaaa) :</p>	<p>Si oui, précisez le cadre du contact :</p> <input type="checkbox"/> Milieu des soins de santé <input type="checkbox"/> Milieu familial <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<p>L'exposition a a lieu a Canada :</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non , précisez : _____ <input type="checkbox"/> Inconnu
<p>Au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes, le cas a-t-il été en contact avec des animaux vivants (autre que des animaux domestiques) ou des produits animaux dans une région touchée**?</p> <p><i>Cela comprend le contact direct avec les animaux, ou le contact avec leurs matières fécales ou leur urine, la litière ou la litière souillée, ou le contact avec d'autres produits animaux (p. ex. organes, viandes exotiques)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui, précisez les animaux ou les produits animaux avec lesquels le cas a eu des contacts :</p>	<p>Si oui, à quel endroit?</p> <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Pendant le voyage <input type="checkbox"/> Marché d'animaux vivants <p>Précisez la ville :</p>	
<p>Au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes, le cas a-t-il visité un établissement de soins de santé?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>		

* Un contact étroit s'entend d'une personne qui a prodigué des soins au patient, y compris les travailleurs de la santé, les membres de la famille ou les autres personnes soignantes, ou encore d'une personne qui a eu un contact physique étroit OU qui a vécu ou qui a eu autrement un contact étroit prolongé avec un cas probable ou confirmé alors que ce dernier était malade.

** Les régions touchées sont sujettes à changement; consultez la [définition nationale de cas aux fins de surveillance : COVID-19](#) pour obtenir les renseignements les plus à jour.

Nombre total de contacts identifiés pour ce cas :

Inconnu

DONNÉES DE LABORATOIRE (*microbiologie/virologie/sérologie*) (*remplir le cas échéant*)

Identifica- tion du laboratoire	Échantillon		Méthode d'essai	Résultat des essais (positif, négatif, non concluant, en attente)	Date de l'essai (jj/mm/aaaa)
	Date du prélèvement (jj/mm/aaaa)	Type et source			

Résultats des essais de confirmation du Laboratoire national de microbiologie :

Non présenté Positif Négatif Non concluant En attente

Date de la confirmation du LNM : (mm/jj/aaaa)

AUTRES PRÉCISIONS OU COMMENTAIRES (*ajouter au besoin*)**À REMPLIR PAR : Agence de la santé publique du Canada**

Date de réception : (mm/jj/aaaa)

N° de cas de l'ASPC :

Le cas échéant, n° de l'éclosion nationale :