



**Etat clinique à la date du signalement** Préciser la date /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

Date des premiers signes cliniques : /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

Fièvre  (préciser /\_/\_/ °C) Courbatures  ..... Conjonctivite

Toux  Dyspnée  Détresse respiratoire aiguë

Autres symptômes  Précisez : .....

---

**Le patient a-t-il reçu des antiviraux antineuraminidases**

Non  Oui  Si oui, débutée le /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ NSP\*

\* Ne sait pas

---

**Hospitalisation**

Hospitalisé Oui  Non  NSP

Si oui, date /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ Etablissement et service : .....

---

**Diagnostic biologique**

Prélèvements faits : Oui  Si oui, date : /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ Non  NSP

Envoyé au CNR/labos agréés : Oui  Non  NSP

Résultats : Positif  Négatif  NSP

---

**Existence de personnes ayant partagé l'exposition à risque du patient ?** Oui  Non  NSP

Si oui, remplir une fiche de « co-exposé d'un cas possible » pour chaque personne co-exposée

---

**Classement du patient lors du signalement :**

Le /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ en : Cas confirmé  Cas possible  Cas exclu

---

**Evolution**

Date de suivi ou d'évènements	Modifications cliniques (évolution, guérison, décès) et résultats paracliniques	Classement*

\*Si cas confirmé, rechercher l'existence de cas possibles dans l'entourage (syndromes grippaux, conjonctivite...)

## QUESTIONNAIRE D'UN SUJET CO-EXPOSE A LA GRIPPE AVIAIRE

Identifiant du cas possible :        
Département    Ordre d'inclusion

Co-exposé n°      Enquêteur : \_\_\_\_\_    Date 1<sup>er</sup> entretien : /\_/\_/ /\_/\_/

Nom du co-exposé : .....    Prénom : .....    Sexe : M     F

Date de naissance : /\_/\_/ /\_/\_/    ou âge : /\_/\_/

Adresse du domicile en France : .....  
 .....

Code Postal : /\_/\_/\_/    Commune .....

Tel domicile : /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/    Portable : /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Résidence, travail ou retour d'une zone d'épizootie à H5N1 ? oui     non     NSP

Si oui, laquelle : ..... date de retour : /\_/\_/ /\_/\_/

Date de la dernière exposition à risque	Circonstances de l'exposition
/_/_/ /_/_/	
/_/_/ /_/_/	

**Le sujet a-t-il présenté ou présente-t-il un (plusieurs) des signes suivants :**

Aucun signe

Fièvre  (préciser /\_/\_/ °C)    Courbatures  .....    Conjonctivite

Toux     Dyspnée     Détresse respiratoire aiguë

Autres symptômes  Précisez : .....

Si un ou plusieurs signes, date de début : /\_/\_/ /\_/\_/

➔ Classement en cas possible\*     non-cas

**Si non-cas, suivre la personne pendant les 7 jours suivant la date de sa dernière exposition.**

Information pour le suivi de la personne co-exposée asymptomatique (J0=date de la dernière exposition à risque):

	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
Date								
Etat de santé *								

\*Pas de symptômes : RAS    Fièvre : F    toux : T    dyspnée : D    Courbatures : C    Conjonctivite : Conj

**\*Si symptômes ou apparition de symptômes compatibles avec un cas possible, remplir une fiche « cas possible », noter ici le numéro de cas possible attribué et préciser si le centre 15 et l'InVS ont été contactés :**

Numéro cas possible /\_/\_/ /\_/\_/