

Formulaire d'enquête sur les informations fondamentales et cliniques du patient atteint par la maladie infectieuse du nouveau coronavirus (incluant les cas suspects)

Informations fondamentales
ID _____

1	Enquête effectuée par _____ du service de santé publique	Nom et prénom de l'enquêteur : _____	
	Date de l'enquête (JJ/MM/AAAA heure(s)) : _____	Moyen : <input type="checkbox"/> Entrevue <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Autres (_____)	
2	Personne interrogée : <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Non patient → Nom et prénom (_____) → Relation avec le patient (_____)		
	N° de téléphone de la personne interrogée : Domicile : _____ – – – Portable : _____ – – –		
3	Catégorie du diagnostic : Maladie infectieuse du nouveau coronavirus (Patient [cas confirmé] · porteur/porteuse asymptomatique · cas suspecté)		
4	NESID enregistrement ID : _____	5	Service de santé publique local du patient : _____
6	Nom du centre médical déclarant : _____	7	Nom du médecin en charge : _____
8	Adresse du centre médical : _____	9	N° de téléphone du centre médical : _____ – – –
10	Rapport accepté (Date, JJ/MM/AAAA) : _____	11	Rapport accepté par (Municipalité) : _____
12	Rapport accepté par _____ du service de santé publique	13	Rapport accepté par (Nom de la personne) : _____
14	Date de la première consultation du patient (JJ/MM/AAAA) : _____	15	Date du diagnostic (JJ/MM/AAAA) : _____
16	Date présumée de l'infection (JJ/MM/AAAA) : _____	17	Date du début de la maladie (JJ/MM/AAAA) : _____

※Les numéros 3~17 doivent être renseignés sur le Formulaire du Bilan de l'Épidémie. (Remplissez le numéro 4 après l'inscription à NESID)

18	Nom et prénom du patient : _____	19	Homme / Femme	20	Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ (année mois)
21	Nationalité : _____	22	Adresse du patient : _____		
23	N° de téléphone du patient : Domicile _____ – – – Portable _____ – – –				
	Adresse e-mail du patient : _____ @ _____				
24	Au moment de l'enquête le patient est principalement à : <input type="checkbox"/> Centre médical <input type="checkbox"/> Son domicile <input type="checkbox"/> Bureau · École <input type="checkbox"/> Autre (_____) <input type="checkbox"/> Ne sait pas				
	Adresse du patient : _____ N° de téléphone : _____ – – –				
25	Profession / Type de profession / École (incluant l'école maternelle, la crèche, etc.) : _____				
	Dernier jour où le patient est allé au bureau / à l'école (JJ/MM/AAAA) : _____				
	Nom du bureau / de l'école : _____				
	Adresse du bureau / de l'école : _____				
	N° de téléphone du bureau / de l'école : _____ – – –				
26	Autres coordonnées (une personne référente ou un proche, etc.)				
	Nom et prénom : _____ Relation avec le patient : _____				
	Adresse : _____				
	N° de téléphone : domicile _____ – – – portable : _____ – – –				
	Grossesse	Non / Oui	(_____ semaines de grossesse)		
	Fumeur	Non / Oui	(Depuis _____ ans _____ cigarettes/jour)		
	Diabète	Non / Oui			
	Maladies respiratoires (asthme · BPCO · d'autres)	Non / Oui	(Détail _____)		
	Maladies rénales	Non / Oui	(Si oui, hémodialyse ? Oui / Non)		
	Maladies du foie	Non / Oui	(Détail _____)		
	Maladies cardiaques	Non / Oui	(Détail _____)		
	Maladies neuromusculaires	Non / Oui	(Détail _____)		
	Maladies du sang (Anémie et d'autres)	Non / Oui	(Détail _____)		
	Immunodéficience (V.I.H., usage d'immunosuppresseur)	Non / Oui	(Détail _____)		
	Tumeur maligne (cancer)	Non / Oui	(Détail _____)		
	Autres (_____)				

Évolutions cliniques

ID _____

28	Symptômes	*En cas de besoin, décrivez les symptômes, la température, le moment, etc.							
	Date (JJ/MM/AAAA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
	Symptômes, etc								
	Température la plus haute atteinte	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
	Symptômes Respiratoire	toux	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		difficultés respiratoires	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		écoulement nasal / congestion nasale	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		mal de gorge	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
	Autres	nausées / vomissements	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		hyperémie de la conjonctive	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		maux de tête	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		fatigue générale	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		arthralgie/myalgie	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		diarrhée	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		conscience troublée	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		convulsions	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
		Autres ()	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui
	Date (JJ/MM/AAAA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
	Symptômes, etc								
	Température la plus haute atteinte	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
Symptômes respiratoires	Toux	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	difficultés respiratoires	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	écoulement nasal / congestion nasale	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	mal de gorge	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
Autres	nausées / vomissements	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	hyperémie de la conjonctive	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	maux de tête	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	fatigue générale	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	arthralgie / myalgie	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	diarrhée	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Conscience troublée	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	convulsions	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
	Autres ()	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	Non / Oui	
29	Date (JJ/MM/AAAA) et heures de l'apparition des symptômes (selon l'entrevue) :	/ /	vers	h					
30	Motif de la détection: <input type="checkbox"/> cas rapporté de la maladie infectieuse du nouveau coronavirus (catégorie : patient [le cas confirmé], porteur/porteuse asymptomatique, le cas suspect, autres) <input type="checkbox"/> cas suspect nécessitant une surveillance de l'évolution de son état de santé (ID du cas confirmé : nom et prénom :) <input type="checkbox"/> Autres ()								
31	Les évolutions cliniques avant le diagnostic / les soins / d'autres sujets remarquables :								

32	Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (Si oui, durée de l'hospitalisation [JJ/MM/AAAA] du / / au / /)			
	Nom du centre médical :		Section : Médecin en charge :	
	Centre médical à rapporter les cas graves de la maladie infectieuse dont son origine est inconnue Oui / Non			
	Adresse du centre médical :		Coordonnées :	
33	Radiographie du thorax Non / Oui (conclusions)			
34	Scanner du thorax Non / Oui (conclusions)			
35	Usage du respirateur artificiel Non / Oui			
36	Soins médicaux après la première consultation			
	Date (JJ/MM)	Nom du centre médical	Soins médicaux	Remarques (Résultats des tests ou des soins médicaux, etc)
37	Conséquence : Sortie de l'hôpital (Date de sortie [JJ/MM/AAAA] :) , Décès (Date de décès [JJ/MM/AAAA] :)			
38	Autres remarques sur l'évolution clinique			

Résultats des tests

39	Test du dépistage du nouveau coronavirus				
	Type d'échantillon	Date de prélèvement (JJ//MM/AAAA)	Résultats	Mode de test	Laboratoire
			Négatif / Positif / D' autres ()		
			Négatif / Positif / D' autres ()		
			Négatif / Positif / D' autres ()		
			Négatif / Positif / D' autres ()		
40	Autres Tests effectués				
	Agent pathogène	Type d'échantillon	Date de prélèvement (JJ//MM/AAAA)	Résultats	Type de test Laboratoire
	●Test de la culture microbiologique Non / Oui / Non concluant				
	Si oui,			Négatif / Positif (bactérie :)	
				Négatif / Positif (bactérie :)	
				Négatif / Positif (bactérie :)	
				Négatif / Positif (bactérie :)	
	●Test de l'antigène Non / Oui / Non concluant				
	Virus de la grippe			Négatif / Positif	
	Virus respiratoire syncytial			Négatif / Positif	
	Adenovirus			Négatif / Positif	
	Pneumocoque			Négatif / Positif	
	Legionella			Négatif / Positif	
	●Autres moyens de test				
Agent pathogène()			Négatif / Positif / D' autres ()		
Agent pathogène()			Négatif / Positif / D' autres ()		
Agent pathogène()			Négatif / Positif / D' autres ()		
Commentaires supplémentaires					