

Infection à SARS-CoV-2

Questionnaire de Suivi d'un PERSONNEL HOSPITALIER - SUJET CONTACT -

Ce questionnaire est destiné au suivi d'un professionnel de santé exerçant en établissement de santé, sujet contact d'un cas confirmé de COVID-19, c-à-d ayant prodigué directement des soins ou assisté à des soins à un cas confirmé de COVID-19 en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact), que ce personnel de santé soit symptomatique ou asymptomatique

Les visiteurs d'un patient hospitalisé (famille ou amis) ou les personnels de santé hors établissement de santé (en libéral, par exemple) sont à suivre avec le questionnaire contact ou non exposé dédié

Si le contact est un personnel hospitalier mais que le contact a eu lieu dans un contexte non professionnel, remplir le questionnaire de contact non hospitalier

Partie 1 à compléter pour tout personnel hospitalier, sujet contact d'un cas confirmé de COVID-19

Identifiant du cas confirmé : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Départ. N° d'inclusion (donnée SpF)

Identifiant du personnel hospitalier -sujet contact- : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Départ. N° d'inclusion

1. Etablissement de santé où exerce le personnel hospitalier -sujet contact-

Etablissement de santé (nom et raison sociale) :

Ville : Code Postal : / _____ / tél :

2. Coordonnées du personnel hospitalier -sujet contact- d'un cas confirmé de COVID-19

Nom du personnel hospitalier - contact- : Prénom :

Sexe : M F Date de naissance : ___/___/____ ou âge: |_|_| (années)

Adresse du domicile :

Commune : Code Postal : / _____ / Pays :

Tel domicile : Tel Portable :

Médecin traitant (si justifié) :

Téléphone:

Email :

3. Antécédents médicaux du personnel hospitalier -sujet contact- d'un cas confirmé de COVID

Aucun antécédent Oui Non NSP Cardiopathie Oui Non NSP

Pathologie respiratoire chronique Oui Non NSP Obésité Oui Non NSP

Pathologie rénale chronique Oui Non NSP Diabète Oui Non NSP

Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.) Oui Non NSP

Grossesse en cours Oui Non NSP Autre immunodépression Oui Non NSP

Autres Oui Non NSP Si oui, précisez :

4. Profession du personnel de santé hospitalier

Médecin /interne (préciser spécialité) Spécialité :

Sage-femme

Infirmière/infirmier Service :

Kinésithérapeute

Aide-soignante/aide-soignant Service :

ASH Service :

Elève (externe ou infirmier)

Personnel de laboratoire, manipulateur de radiologie, ambulancier préciser la spécialité du laboratoire :

Autre préciser.....

5. Nature de l'exposition au cas confirmé de COVID-19

Date des soins si date unique : / _____ /

Période de soins si plus d'une journée : du / _____ / au / _____ /

- Soins directs au patient lors d'une procédure génératrice d'aérosol
- Soins directs au patient sans génération d'aérosol
- Contact en face à face sans soins pendant une durée cumulée ≥ 15 mn
- Autre type de contact (préciser) :

Application systématique des précautions recommandées lors des expositions Oui Non NSP Niveau de risque Faible Modéré - Elevé **6. Signes évocateurs d'infection depuis le dernier contact hospitalier avec le cas confirmé de COVID-19**Oui Non NSP Si Oui, préciser les signes cliniques dans le tableau ci-dessous, à l'aide des codes mentionnés en infra.**D0** = date du dernier contact avec le cas symptomatique confirmé de COVID -19 : ___/___/_____*Important : si signes / symptômes évocateurs d'infection à COVID-19 permet le classement du personnel hospitalier en cas possible, compléter la **section 7**, ci-dessous, interrompre le suivi, suivre la procédure de signalement d'un cas possible et remplir une **fiche 1***

	D0	D+1	D+2	D+3	D+4	D+5	D+6	D+7	D+8	D+9	D+10	D+11	D+12	D+13	D+14
Signes / symptômes															

Utiliser les codes suivants :

RAS = rien à signaler ; **F** = fièvre $>38^{\circ}\text{C}$; **As** = fatigue/malaise ; **Fr** = sensation de fièvre non mesurée ;**My** = myalgies / courbatures ; **Ma** = mal de gorge ; **T** = toux ; **Dy** = dyspnée ;**SDRA** = syndrome de détresse respiratoire aiguë ; **Rh** = rhinite, **CO** = conjonctivite ;**Au** = autre signe, préciserLe contact devient un cas possible ce jour Oui Non **Pour tout personnel hospitalier sujet contact d'un cas confirmé**Accepteriez-vous d'être recontacté pour une étude épidémiologique menée par Santé publique France et/ou ses partenaires ? Oui Non NSP