

## INFECTION A SARS-COV-2 QUESTIONNAIRE D'UN SUJET CONTACT OU D'UN CO-EXPOSE D'UN CAS DE COVID-19

*Ce questionnaire est destiné*

- au sujet contact d'un cas confirmé de COVID-19 symptomatique pour lequel le niveau de risque de contamination par le cas confirmé est évalué comme étant **faible ou modéré à élevé**
- au sujet co-exposé (= personne ayant présenté une (des) exposition(s) à risque d'infection par le virus SARS-COV-2 commune(s) avec le cas confirmé, sans nécessairement avoir eu des contacts étroits avec le cas confirmé).

Un contact étroit à risque modéré à élevé est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

*La définition précise d'un sujet contact d'un cas confirmé sera définie en fonction de la situation.*

*Si le sujet contact est un personnel de santé exerçant en établissement de santé, utiliser la fiche dédiée.*

Identifiant du sujet :          
Départ. N° d'inclusion

Identifiant du cas confirmé :          
en lien avec le sujet (donnée SpF)

Enquêteur : .....

Date du 1<sup>er</sup> entretien : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Sujet contact

co-exposé

### 1. Identifiants et coordonnées utiles

Nom : ..... Prénom : .....

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

Adresse du domicile en France : .....

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

Tel domicile : ..... Tel portable : ..... Profession : .....

Email : .....

Médecin traitant : Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

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

### 2. Terrain et antécédents médicaux du sujet contact ou co-exposé d'un cas confirmé de COVID-19

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 : .....

**3. Lien des contact(s) / de(s) co-exposition(s) avec le cas confirmé de COVID-19****Nature du lien avec le cas confirmé**

- Conjoint  
 Enfant de moins de 5 ans  
 Autre personne vivant sous le même toit  
 Personnel soignant non hospitalier (médecin traitant, infirmière, kiné etc...), Si personnel soignant, remplir fiche dédiée  
 Patient du cas confirmé (le cas confirmé est un soignant)  
 Voisins, collègues de travail  
 Co-voyageur, même groupe de voyage  
 Personnel en charge du ménage (hôtel, domicile, etc.)  
 Autres, précisez : .....

**4. Date et circonstance(s) des contacts avec le cas confirmé symptomatique de COVID-19**

Date du premier contact	___/___/___
Date du dernier contact	___/___/___
Circonstances de contacts les plus étroits (décrire)	..... ..... .....
Niveau de risque	<input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Modéré - Elevé

**Si contact à risque modéré/élevé :****5. Apparition de signes cliniques évocateurs d'infection (depuis dernier contact avec le cas confirmé ou depuis retour de zone affectée du co-exposé du cas confirmé)**

**D0** = date du dernier contact avec le cas confirmé symptomatique pour un sujet contact ou date du retour d'une zone affectée par le virus SARS-COV-2 pour un co-exposé (cf plus haut) :  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Dans le système informatique, les données ci-dessous concernant l'évaluation quotidienne de l'état de santé du contact font l'objet d'une fiche par jour, à date de suivi*

**Le sujet a-t-il présenté un (ou plusieurs) des signes ou symptômes listés en infra du tableau ?**

Si oui, reportez les codes mentionnés en infra.

	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°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, préciser .....

Le contact devient un cas possible ce jour      Oui       Non

Si oui, numéro de cas possible : .....

**Pour tout 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