

**Infection à MERS-Coronavirus (MERS-CoV)**  
**Document de classification et de suivi des cas par l'ARS (Fiche 2)**

La définition de cas en vigueur est disponible sur [le site de Santé publique France](http://www.santepubliquefrance.fr)

**1. Signalement**

Date du signalement : ..... Identifiant du cas : |.....|

Nom de la personne effectuant le signalement : .....

Etablissement : ..... Service : .....

Ville : ..... Département: |.....|

Téléphone : ||.....| Email : .....

Nom et coordonnées de la personne ayant reçu le signalement : .....

Région : .....

Téléphone : |.....|

**2. Identité du patient**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F  Date de naissance : ..... ou âge : |...| (années) ou en (mois) |...|

Adresse du domicile en France : .....

Commune : ..... Code Postal : /...../

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

**3. Expositions à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques**

**A - Séjour ou transit** dans une zone considérée à risque\* Oui  Non   
\*Zone à risque : se référer à la définition de cas disponible sur le site de l'ANSP

Si oui, Précisez : Pays Date d'arrivée Date de départ

..... /...../ /...../

..... /...../ /...../

Type de séjour /voyage : Tourisme  Pèlerinage  Résidence  Escale  Autre  Précisez .....

**B - Contact étroit\*\*** avec un cas possible ou confirmé d'infection à MERS-CoV pendant sa phase symptomatique Oui  Non  NSP   
\*\* contact étroit, en face à face à moins d'1 mètre ou lors du soin en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact)

Si oui, précisez : .....

Date de dernière exposition à ce cas possible ou confirmé : /...../ Identifiant de ce cas : |.....|

**C – Contact avec un établissement de santé de la zone à risque\*** Oui  Non  NSP   
\*Zone à risque : se référer à la définition de cas disponible sur le site de l'ANSP

Si oui : Précisez Type de contact : Travail  Hospitalisation  Consultation  Visite

Précisez le type et coordonnées si établissement de santé : .....

Dates du contact ou séjour : du : ..... au : .....

**D – Contact proche avec un dromadaire ou un produit issu de l'animal** Oui  Non  NSP   
(lait non pasteurisé, viande crue, urine)

Si oui, précisez, le type d'animal et de contact : ..... Date du dernier contact : /...../

**E - Cas lié à une situation de cas groupés d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisées** Oui  Non  NSP

Si oui, précisez, le lieu et nombre de personnes symptomatiques et les symptômes : .....

**4. Dans l'entourage du cas**

Y a-t-il une (des) personne(s) également symptomatique(s)? Oui  Non  NSP

Si oui précisez : Conjoint  Autre personne vivant sous le même toit

Voisins, collègues de travail  Autres

### 5 Critères de classement du cas

Date de début des signes du patient : / \_\_\_\_\_ /

Exposition à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes      Oui       Non

Tableau clinique compatible avec la définition de cas      Oui       Non

Tableau radiologique compatible avec la définition de cas      Oui       Non

#### Personne(s) contactée(s) pour aide au classement du cas

Avant appel à l'ARS       Autre clinicien       Infectiologue

Après appel à l'ARS       Aucune       Epidémiologiste /Autre

Coordonnées de(s) la personne(s) qui ont été contactée(s) : .....

.....

### 6 Classement du cas

Date du classement : / \_\_\_\_\_ /       Cas exclu       Cas possible       Cas nécessitant une ré-évaluation avant le classement

Commentaires : .....

.....

Si nouvelle évaluation du cas      Date : / \_\_\_\_\_ /       Cas exclu       Cas possible

Commentaires : .....

.....

#### Si cas possible continuer la suite questionnaire

### 7. Identification des contacts

Le cas possible a-t-il eu un (des) contact(s) étroit(s)\* depuis la date de début de ses signes ? Oui       Non       NSP

Si oui précisez le contexte et Nom et coordonnées d'un contact proche : .....

.....

Téléphone : .....

Si séjour dans la zone à risque, le cas possible a-t-il voyagé ?      Accompagné       En groupe

Nom et coordonnées de l'agence de voyage : .....

.....

\* = contact étroit, en face à face à moins d'1 mètre ou lors d'un soin en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact)

### 8. Orientation du patient

Transfert du patient dans un établissement dédié : Oui       Non       Date du transfert : / \_\_\_\_\_ /

Nom de l'établissement d'hospitalisation : .....

Service : .....

Ville : .....

Coordonnées du service : .....

.....

Mesures de protection autour du cas      Oui       Non       NSP       Date de mise en place des mesures de protection : / \_\_\_\_\_ /

**Pour le suivi du patient se référer à la suite du questionnaire Section 9 et CAT Avis du HCSP et MARS**

**Infection à MERS-Coronavirus (MERS-CoV)  
Suivi du CAS POSSIBLE**

**Signalement**

Identifiant du cas : \_\_\_\_\_ Date du signalement : /\_\_\_\_\_/

**9. Suivi des prélèvements du cas possible**

Date de début des signes (J0) : /\_\_\_\_\_/

***Se référer à l'algorithme des prélèvements microbiologiques*** (Avis du HCSP)

**1<sup>er</sup> prélèvement** : Date : /\_\_\_\_\_/

Nom du laboratoire réalisant les analyses :

Prélèvement effectué à J0  J1  J2  J3  J4  J>4   
de la date de début des signes : .....

**Prélèvement profond** :  Oui  Non  
Type de prélèvement  Crachat  Crachat induit  LBA  Aspiration trachéale  
Résultat  Positif  Négatif  Indéterminé

**Naso/ Rhinopharyngé**  Oui  Non  
Résultat  Positif  Négatif  Indéterminé

**Selles** ou écouvillon rectal (si diarrhée)  Oui  Non fait  NSP  
**Sanguin**  Oui  Non fait  NSP

**Ré évaluation du patient** : Date : /\_\_\_\_\_/ Evolution favorable  Oui  Non

*Se référer à l'algorithme des prélèvements microbiologiques*

Commentaires : .....

2<sup>ème</sup> prélèvement nécessaire :  Oui  Non **Si non passez à la section 11 et 12 pour classement du cas**

**2<sup>ème</sup> prélèvement** : Date : /\_\_\_\_\_/

Nom du laboratoire réalisant les analyses :

Prélèvement effectué à J1  J2  J3  J4  J>4   
de la date de début des signes : .....

**Prélèvement profond** :  Oui  Non  
Type de prélèvement  Crachat  Crachat induit  LBA  Aspiration trachéale  
Résultat  Positif  Négatif  Indéterminé

**Naso/ Rhinopharyngé**  Oui  Non  
Résultat  Positif  Négatif  Indéterminé

**Ré évaluation du patient** : Date : /\_\_\_\_\_/ Evolution favorable  Oui  Non

*Se référer à l'algorithme des prélèvements microbiologiques*

Commentaires : .....

3<sup>ème</sup> prélèvement nécessaire :  Oui  Non **Si non passez à la section 11 et 12 pour classement du cas**

<b>3<sup>ème</sup> prélèvement</b> : Date : / _____ / Prélèvement effectué à J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> J3 <input type="checkbox"/> J4 <input type="checkbox"/> J>4 <input type="checkbox"/> de la date de début des signes : .....	Nom du laboratoire réalisant les analyses :
<b>Prélèvement profond</b> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type de prélèvement <input type="checkbox"/> Crachat <input type="checkbox"/> Crachat induit <input type="checkbox"/> LBA <input type="checkbox"/> Aspiration trachéale Résultat <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé	
<b>Naso/ Rhinopharyngé</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Indéterminé	
<b>Ré évaluation du patient</b> : Date : / _____ / Evolution favorable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Se référer à l'algorithme des prélèvements microbiologiques</i> Commentaires : ..... <b>Passez à la section 11 et 12 pour classement du cas</b>	

10. Résultats pour autres étiologies			
Virus influenzae	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Rhinovirus	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Métagpneumovirus	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Virus respiratoire syncytial (VRS)	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Virus para-influenzae (PIV)	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non Fait
Autre étiologie identifiée, précisez : .....			
.....			

11. Classement final du cas possible	
Date du classement : / _____ /	
Cas confirmé <input type="checkbox"/>	<i>Si cas confirmé, renseigner le questionnaire dédié disponible <a href="#">sur le site de SpF</a></i>
Cas exclu <input type="checkbox"/>	Précisez les motifs d'exclusion
	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> prélèvement négatif <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> prélèvement négatif <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> prélèvement négatif <input type="checkbox"/> Evolution très favorable <input type="checkbox"/> Diagnostic différentiel <input type="checkbox"/> Autres : précisez ..... ..... .....

12. Evaluation du patient à l'issue du classement final	
Date : / _____ /	
<input type="checkbox"/>	Sortie à domicile
<input type="checkbox"/>	Hospitalisé en réanimation ou soins intensifs
<input type="checkbox"/>	Hospitalisé en service de médecine ou autre service
<input type="checkbox"/>	Transféré dans un autre hôpital : précisez .....
<input type="checkbox"/>	Décédé
<input type="checkbox"/>	Autre : précisez : .....
	.....
	.....