

Questionnaire d'investigation des cas évocateurs d'infection au variant 20C/H655Y

Date du signalement ___/___/_____

Nom de la personne effectuant le signalement :

Organisme :

Dépt. : |__| |__| Téléphone : Email :

1 - Identité du patient

Nom : Prénom :

Sexe M F Date de naissance : ___/___/_____ ou âge : |__| |__| (années) ou |__| |__| (mois)

Commune de résidence : Code Postal : /_____/

Tel domicile : Tel portable :

Patient Personnel de santé, *préciser* : établissement : service :

2 - Informations épidémiologiques

Séjour dans la zone géographique concernée par l'émergence du variant 20C/H655Y

Préciser commune :

Date du séjour : ___/___/_____ au ___/___/_____

Lien avec un épisode de cas groupés incluant au-moins un cas confirmé 20C/H655Y

Préciser:

.....

.....

Contact à risque avec un cas confirmé d'infection par le variant 20C/H655Y

Préciser nom du cas et circonstances :

.....

.....

3 - Caractéristiques cliniques

Signes cliniques Oui Non

Date de début des signes cliniques : ___/___/_____

Fièvre, *précisez* :°C

Sensation de fièvre

Asthénie / fatigue / malaise

Toux

Myalgies / courbatures

Dyspnée

Céphalées

SDRA

Auscultation pulmonaire anormale

Diarrhée

Anosmie

Agueusie

Autre signe clinique, *préciser* :

Hospitalisation Oui Non du au Hôpital Service

du au Hôpital Service

Examens radiologiques

Scanner thoracique réalisé Oui Non Date du scanner : ___/___/_____
 Présence de signes scannographiques évocateurs de COVID-19 Oui Non

4 - Evolution clinique

Décès Oui Non Date du décès : ___/___/_____

5 - Facteurs de risque COVID-19

Facteurs de risque d'infection sévère à SARS-CoV-2 Oui Non Si oui, *préciser* :

Hypertension Antécédents cardiovasculaires
 Diabète Pathologie chronique respiratoire
 Insuffisance rénale Cancer évolutif sous traitement
 Obésité Autre, *préciser* :

6 - Antécédents COVID-19

Cas déclarant un précédent épisode d'infection à SARS-CoV-2 Oui Non
 Si oui, *préciser* :
 Date de début des signes ou de confirmation biologique pour le précédent épisode : ___/___/_____
 Infection confirmée par RT-PCR Oui Non

7- Antécédents de vaccination

Vaccination contre le SARS-CoV-2 Oui Non
 Date dose 1: ___/___/_____ Date dose 2 : ___/___/_____
 Vaccin : Pfizer/BioNTech Moderna AstraZeneca

8- Diagnostic

Préciser tous les prélèvements réalisés, les dates de prélèvements et les résultats

Prélèvements nasopharyngés

PCR 1 Date : ___/___/_____ Positif Négatif
 PCR 2 Date : ___/___/_____ Positif Négatif
 PCR 3 Date : ___/___/_____ Positif Négatif
 PCR 4 Date : ___/___/_____ Positif Négatif

RT-PCR de criblage : Oui Non

Résultats de la RT-PCR de criblage : 20I/501Y.V1 20H/501Y.V2 ou 20J/501Y.V3 Négatif

Prélèvements profonds (expectoration/crachat induit, aspiration trachéale, LBA)

PCR 1 Date : ___/___/_____ Positif Négatif Type de prélèvements : _____
 PCR 2 Date : ___/___/_____ Positif Négatif Type de prélèvements : _____
 PCR 3 Date : ___/___/_____ Positif Négatif Type de prélèvements : _____

Prélèvements salivaires

PCR 1 Date : ___/___/_____ Positif Négatif

PCR 2 Date : ___/___/_____ Positif Négatif
 PCR 3 Date : ___/___/_____ Positif Négatif

Prélèvements de selles ou écouvillon rectal

PCR 1 Date : ___/___/_____ Positif Négatif
 PCR 2 Date : ___/___/_____ Positif Négatif
 PCR 3 Date : ___/___/_____ Positif Négatif

Sérologies

Date : ___/___/_____ Résultat : IgM : _____ IgG : _____
 Date : ___/___/_____ Résultat : IgM : _____ IgG : _____
 Date : ___/___/_____ Résultat : IgM : _____ IgG : _____

Test(s) sérologique(s) utilisés et interprétation des résultats sérologiques par le laboratoire :

Prélèvements envoyés au CNR : Oui Non

Si oui, préciser lesquels

- Prélèvements nasopharyngés Date du prélèvement : ___/___/_____
- Prélèvements profonds Date du prélèvement : ___/___/_____
- Prélèvements salivaires Date du prélèvement : ___/___/_____
- Prélèvements de selles Date du prélèvement : ___/___/_____
- Prélèvements sanguins Date du prélèvement : ___/___/_____

Résultat du CNR

- Variant 20C/H655Y
- Clade 20C / Mutations spécifiques 20C/H655Y
- Clade 20C / Variant non déterminé
- Clade 20A
- Variant 20I/501Y.V1
- Variant 20H/501Y.V2
- Variant 20J/501Y.V3
- Autre variant, préciser :

Les données collectées dans le cadre de la surveillance et des investigations des cas d'infection par le variant 20C/H655Y seront conservées par Santé publique France pendant une durée n'excédant pas un an. Pour en savoir plus sur ce traitement et l'exercice des droits des personnes : dpo@santepubliquefrance.fr ou Santé publique France, délégué à la protection des données, 12 rue du Val d'osne, 94415 Saint Maurice Cedex.