

DÉCLARATION ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE - enquête épidémiologique 2022

IDENTIFICATION DU CAS

Prénom : _____ Nom : _____ Milieu de travail : inconnu aucun
 Adresse : _____ SDF
 n° rue ville code postal
 Téléphone : _____ (principal) _____ (autre)
 Date de naissance : ____ a / ____ m / ____ j Sexe : H F H trans F trans
 NAM : _____ Personne enceinte : Oui Non
 Sexe des partenaires : inconnu
 H F H trans F trans

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Signes et symptômes	Date de début aaaa / mm / jj	Date de fin aaaa / mm / jj	Autres observations cliniques :
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée			
<input type="checkbox"/> Papules	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Pustules	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Ulcères douloureux	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) dermatologique(s), préciser : _____	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Symptômes systémiques			
<input type="checkbox"/> Fièvre	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Céphalée	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Myalgie	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Arthralgie	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Dorsalgie	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Lymphadénopathies	___/___/___	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) systémique(s), préciser : _____	___/___/___	___/___/___	_____

DÉFINITIONS DE CAS DE VARIOLE SIMIENNE

CAS SUSPECT

- Personne qui présente des lésions cutanées¹ avec au moins un symptôme systémique (fièvre, céphalée, myalgie, arthralgie, dorsalgie ou lymphadénopathies) sans autre cause évidente **OU**
- Personne qui présente des lésions cutanées¹ génitales, périanales ou orales sans autre cause évidente.

CAS PROBABLE

Détection d'un virus du genre orthopox par un test de laboratoire approprié
 OU
 Cas suspect qui répond à l'un des deux critères suivants :

- Exposition significative² avec un cas confirmé de variole simienne dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes; **OU**
- Homme ayant eu au moins un contact sexuel avec un autre homme dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes

CAS CONFIRMÉ

Détection de l'orthopoxvirus simien par un test de laboratoire approprié.

1 *Macules, papules, vésicules, pustules, ulcères, lésions croutées.*
 2 *Exposition significative : Personne dont la peau ou une muqueuse a été en contact direct avec des lésions cutanées ou avec des liquides biologiques ou des surfaces et objets contaminés par les liquides biologiques, incluant les vêtements et la literie du cas ou contact à moins d'un mètre face à face pendant 3 heures ou plus (cumulatif sur 24h) sans masque de procédure.*

Investigations	Date du prélèvement	Autres investigations pertinentes :
<input type="checkbox"/> PCR orthopoxvirus simien	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Virus de l'herpès simplex	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Syphilis	___/___/___	_____
<input type="checkbox"/> Virus varicella-zoster	___/___/___	_____

HÉMOVIGILANCE ET HISTOVIGILANCE

Réception de sang/produits sanguin/organe depuis le mois précédant le début de la maladie? Oui Non Inconnu
 Don de sang/produits sanguins/organe depuis les 21 jours précédant le début de la maladie? Oui Non Inconnu

CONTACTS SIGNIFICATIFS AVEC DES PERSONNES À RISQUE DE COMPLICATIONS

Enfant (<12 ans) : Oui Non Personne enceinte : Oui Non Personne immunosupprimée : Oui Non

IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

Nom du déclarant : _____ No permis _____ Téléphone : (____) _____ - _____
 Adresse : _____
 n° rue ville code postal Signature du déclarant a / ____ m / ____ j