

Formulaire de déclaration du ROSSP
Flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
(Mise à jour du 09.05.03)

Formulaire de déclaration du ROSSP
Flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
SIGNALEMENT DE CAS PRÉSUMÉS OU PROBABLES

Ce formulaire est destiné à la déclaration de cas présumés ou probables de maladies respiratoires qui peuvent être associées aux flambées de SRAS. Les cas qui doivent être signalés sont ceux qui correspondent aux définitions de cas adaptées de celles de l'OMS et reproduites ci-après.

Prière d'adresser ce formulaire au :
Point de contact du Groupe de coordination
du Réseau océanien de surveillance de la santé publique,
à la CPS
Télécopieur : (687) 26.38.18
Mél. : phs.cdc@spc.int
ET/OU
WHO South Pacific
Télécopieur : (679) 330 0462
Mél. : mailto:itodai@sp.wpro.who.int

Définition du ROSSP des cas nécessitant une surveillance hospitalière

Cas présumé

Une personne se présentant dans un établissement de soins après le 1^{er} novembre 2002, avec les antécédents suivants :

- forte fièvre (> 38 °C)
- et
- un ou plusieurs signes ou symptômes respiratoires (toux, dyspnée, gêne respiratoire)
- et
- un ou plusieurs des éléments suivants au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes :
 - a eu un contact rapproché* avec un cas présumé ou probable de SRAS;
 - a séjourné dans une région ayant eu des cas récents de transmission locale du SRAS (voir l'annexe 3B);
 - a résidé dans une région ayant eu des cas récents de transmission locale du SRAS.

* Par « contact rapproché », on entend le fait d'avoir donné des soins à un cas présumé ou probable de SRAS, cohabité avec cette personne ou eu un contact direct avec ses sécrétions respiratoires ou ses liquides biologiques.

Cas probable

- Cas présumé présentant des signes de pneumonie à la radiographie thoracique ou un syndrome de détresse respiratoire de l'adulte
- ou
- Cas présumé ayant obtenu un résultat positif à un ou plusieurs tests de dépistage du coronavirus à l'origine du SRAS.
- ou
- Cas présumé qui, à l'autopsie, présente des caractéristiques compatibles avec un syndrome de détresse respiratoire sans cause identifiable.

NB : Outre la fièvre et les symptômes respiratoires, le SRAS peut être associé à d'autres symptômes tels que céphalées, courbatures, perte d'appétit, malaise, confusion mentale, rash et diarrhée.

Critère d'exclusion

Un cas dont la maladie peut être **entièrement** expliquée par un autre diagnostic devrait être exclu.

Reclassification des cas

Le SRAS étant actuellement un diagnostic porté par exclusion, la classification d'un cas déclaré peut évoluer. La prise en charge clinique d'un malade doit toujours être appropriée, quelle que soit la classification du cas.

- Un cas initialement classé comme présumé ou probable dont la maladie peut être entièrement expliquée par un autre diagnostic sera exclu, après que l'on a examiné de près la possibilité de co-infection.
- Un cas présumé qui, après investigations, répond à la définition du cas probable sera reclassé comme « probable ».
- Un cas présumé ayant un cliché thoracique normal sera soigné de la manière jugée appropriée et placé en observation pendant 7 jours. Une nouvelle radiographie thoracique est nécessaire quand le rétablissement n'est pas satisfaisant.
- Quand le rétablissement est satisfaisant, mais que la maladie ne peut être entièrement expliquée par un autre diagnostic, les cas resteront classés comme « présumés ».
- En l'absence d'autopsie, un cas présumé qui décède restera classé comme « présumé ». Cependant, si un cas est reconnu comme un maillon de la chaîne de transmission SRAS, le cas sera reclassé comme « probable ».
- Après autopsie, en l'absence de signes pathologiques de syndrome de détresse respiratoire, le cas sera « exclu ».

Renseignements sur le déclarant

Nom de la personne qui remplit ce formulaire : _____ Date du rapport adressé au ROSSP : __/__/__

Nom du déclarant : _____

Titre : _____

Établissement/organisation: _____

Pays : _____

N° de téléphone (où le déclarant peut être joint) : _____ Mél. : _____

N° de téléphone portable : _____ N° de télécopieur : _____

Renseignements sur le patient

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe: F M Date de naissance: __/__/__ Pays de résidence (si différent de l'adresse du domicile) _____

Adresse du domicile : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Pays : _____

N° de téléphone : _____ N° de téléphone portable : _____

Antécédents du patient

Au cours des quatorze derniers jours, le patient a-t-il été en contact avec un cas présumé ou probable de SRAS ? Oui Non

Si oui :

Type de contact : _____
(par exemple, membre de la famille, ami, etc.)

Nom du cas présumé ou probable de SRAS : _____

Lieu où a eu lieu le contact : _____

Le patient a-t-il voyagé depuis le 1^{er} novembre 2002 dans l'un des pays signalés à l'annexe 3B ? Oui Non

Si oui :

	Pays visité	Du :	Durée du séjour :
		Au :	Au :
1	_____	__/__/____	__/__/____
2	_____	__/__/____	__/__/____
3	_____	__/__/____	__/__/____
4	_____	__/__/____	__/__/____
	_____	__/__/____	__/__/____

Date du retour/en (indiquer le nom du pays) : __/__/____

Pays d'embarquement : _____ Nom de l'aéroport d'arrivée (pays) : _____

Tableau clinique

Date de l'apparition de la maladie :	__/__/----	Diagnostic clinique	<input type="checkbox"/> Pneumonie
Fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$	Oui Non		<input type="checkbox"/> SDRA
Toux	Oui Non		<input type="checkbox"/> Autre : _____
Myalgie	Oui Non		
		<u>État actuel :</u>	<input type="checkbox"/> Guérison complète (absence de symptômes)
Dyspnée/gêne respiratoire	Oui Non		<input type="checkbox"/> Convalescence
			<input type="checkbox"/> État stationnaire
			<input type="checkbox"/> Aggravation
Autres, veuillez préciser :	-----	Degré de gravité de la maladie :	<input type="checkbox"/> Peu élevé
			<input type="checkbox"/> Modérément élevé
			<input type="checkbox"/> Très élevé
			<input type="checkbox"/> Issue fatale __/__/--

Hospitalisé ?	Oui	Non
Situation du malade :		
Actuellement hospitalisé	Date de l'hospitalisation : __/__/----	Hôpital _____ (nom et pays)
Orienté vers un autre hôpital	Date de l'hospitalisation : __/__/----	Hôpital _____ (nom et pays)
Autorisé à quitter l'hôpital	Date de sortie : __/__/----	

Resultats des radiographies et des analyses

Radiographie pulmonaire

Date : __/__/____ Résultats : Normale Anormale : -----

Date : __/__/____ Résultats : Normale Anormale : -----

Date : __/__/____ Résultats : Normale Anormale : -----

Numération
sanguine

Date : (si pratiquée) __/__/__ Résultats : Normale Thrombocytopénie Leucocytopénie

Date : __/__/__ Résultats : Normale Thrombocytopénie Leucocytopénie

Date : __/__/__ Résultats : Normale Thrombocytopénie Leucocytopénie

Autres tests de laboratoire demandés :

Résultats :