



Mise à jour le 4 mai 2009 à 13 h 30 HAE

La présente recommandation ou directive est fournie par l'Agence de la santé publique du Canada en réaction à la récente écloison du virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain) en Amérique du Nord. Ces documents ont été élaborés pour aider les autorités de santé publique du Canada dans leurs activités de surveillance. Le présent avis ou la présente recommandation ou directive est fondé sur les données scientifiques actuellement disponibles au sujet de cette maladie émergente, et il pourrait être modifié si de nouveaux renseignements deviennent disponibles.

## Formulaire de déclaration de cas du virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain)

**SEULS les cas confirmés doivent être déclarés à l'Agence de santé publique du Canada (ASPC)**

**Veillez transmettre le formulaire dûment rempli à l'Agence de santé publique du Canada par télécopieur au 613-948-7550**

ID de dossier provincial/territorial : _____		<b>À L'USAGE DE L'ASPC :</b> Date reçue par l'ASPC ____/____/____ (jj/mm/aaaa) ID de l'ASPC : _____	
<b>SECTION 1 : DÉFINITION DE CAS</b>			
			<b>Classification du cas</b>
<b>Confirmation par l'une des épreuves de laboratoire suivantes d'une infection par le virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain) avec ou sans symptômes cliniques :</b> <input type="checkbox"/> RT-PCR <input type="checkbox"/> Culture virale <input type="checkbox"/> Élévation marquée (X4) du titre des anticorps neutralisants spécifiques du virus de la grippe porcine A (H1N1)			<input type="checkbox"/> Cas confirmé
<input type="checkbox"/> Épreuve de laboratoire positive pour la grippe de type A, typage impossible avec ou sans symptômes cliniques			<input type="checkbox"/> Cas probable
<b>SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS</b>			
<b>État du rapport</b> <input type="checkbox"/> Rapport initial <input type="checkbox"/> Mise à jour	<b>Date du rapport initial</b> (jj/mm/aaaa) : ____/____/____ <b>Date de cette mise à jour</b> (jj/mm/aaaa) : ____/____/____		
<b>Nom/affiliation de la personne qui rédige ce rapport :</b> _____ <b>Téléphone :</b> (____) ____ - ____ poste ____		<b>Province/territoire :</b> _____ <b>Service de santé :</b> _____	
<b>SECTION 3 : INFORMATION SUR LE PATIENT</b>			
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu <b>Date de naissance :</b> ____/____/____ (jj/mm/aaaa) <b>Âge :</b> ____ ans <input type="checkbox"/> Âge inconnu Si moins de 2 ans, veuillez préciser ____ mois		<input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Premières nations (PN) : Si PN, habite-t-il dans une réserve? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si PN, est-il un Indien inscrit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Emploi :</b> <input type="checkbox"/> Travailleur de la santé → <i>Si oui, a-t-il eu des contacts directs avec des patients?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>SECTION 4 : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b>			
<b>Est-ce que le patient présente des symptômes?</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, veuillez préciser <b>Date de l'apparition des premiers symptômes</b> (jj/mm/aaaa) : ____/____/____ <b>Symptômes (cochez tous les symptômes observés) :</b>			
<input type="checkbox"/> fièvre <input type="checkbox"/> toux <input type="checkbox"/> maux de gorge <input type="checkbox"/> arthralgie <input type="checkbox"/> myalgie <input type="checkbox"/> malaise	<input type="checkbox"/> prostration <input type="checkbox"/> rhinorrhée ou congestion nasale <input type="checkbox"/> éternuement <input type="checkbox"/> dyspnée <input type="checkbox"/> expectorations <input type="checkbox"/> douleurs à la poitrine	<input type="checkbox"/> diarrhée <input type="checkbox"/> nausée <input type="checkbox"/> vomissements <input type="checkbox"/> conjonctivite <input type="checkbox"/> maux de tête <input type="checkbox"/> crises épileptiques	<input type="checkbox"/> niveau de conscience altéré <input type="checkbox"/> épistaxis <input type="checkbox"/> encéphalite <input type="checkbox"/> autres, précisez : _____
<b>Le patient a-t-il été mis en isolement?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <b>Si oui, date de l'isolement</b> (jj/mm/aaaa) : ____/____/____ <b>Le patient a-t-il été admis à l'hôpital?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <b>Date de l'admission initiale à l'hôpital</b> (jj/mm/aaaa) : ____/____/____ <b>Date du dernier congé de l'hôpital</b> (jj/mm/aaaa) : ____/____/____			

Mise à jour le 4 mai 2009 à 13 h 30 HAE

La présente recommandation ou directive est fournie par l'Agence de la santé publique du Canada en réaction à la récente éclosion du virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain) en Amérique du Nord. Ces documents ont été élaborés pour aider les autorités de santé publique du Canada dans leurs activités de surveillance. Le présent avis ou la présente recommandation ou directive est fondé sur les données scientifiques actuellement disponibles au sujet de cette maladie émergente, et il pourrait être modifié si de nouveaux renseignements deviennent disponibles.

**Évolution de la maladie et gravité :**

- Admission au service de soins intensifs?  Oui  Non  Ne sait pas
- Administration d'une oxygénothérapie lors d'un séjour à l'hôpital?  Oui  Non  Ne sait pas
- Ventilation lors d'un séjour à l'hôpital?  Oui  Non  Ne sait pas
- Pneumonie diagnostiquée par radiographie pulmonaire ou tomodensitogramme?  Oui  Non  Ne sait pas
- Diagnostic de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)?  Oui  Non  Ne sait pas

État au moment du rapport :  Stable  Détérioration  Amélioration  Décès (indiquez la date et la cause ci-dessous)  
 Inconnu

Si le patient est décédé Date du décès (jj/mm/aaaa) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Cause du décès (précisez) : \_\_\_\_\_

**SECTION 5 : ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINAUX**

Traitement : Le patient prend-il des antiviraux sous ordonnance?  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, inscrivez le nom de l'antiviral : \_\_\_\_\_

Date de commencement (jj/mm/aaaa) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Date de fin (jj/mm/aaaa) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Prophylaxie : Le patient a-t-il reçu des antiviraux dans les 14 jours qui ont précédé l'apparition de la maladie?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, inscrivez le nom de l'antiviral : \_\_\_\_\_

Date de commencement (jj/mm/aaaa) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Date de fin (jj/mm/aaaa) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Le patient a-t-il reçu le vaccin contre la grippe humaine saisonnière de l'année en cours?  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, date de la vaccination (jj/mm/aaaa) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**SECTION 6 : AFFECTIONS SOUS-JACENTES**

Cardiopathie chronique  Oui  Non  Ne sait pas

Diabète  Oui  Non  Ne sait pas

Néphropathie  Oui  Non  Ne sait pas

Immunosuppression  Oui  Non  Ne sait pas

Maladie pulmonaire  Oui  Non  Ne sait pas

Grossesse  Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, semaines de grossesse : \_\_\_\_\_

Autres affections, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**SECTION 7 : ÉPREUVES DE LABORATOIRE**

Numéro de l'éclosion : \_\_\_\_\_

Date du prélèvement (jj/mm/aaaa)	Numéro du prélèvement de laboratoire P/T	Source du prélèvement	Méthode d'essai	Résultat	Date d'essai (jj/mm/aaaa)	Épreuve de laboratoire

\*Les prélèvements recommandés pour une investigation optimale de la grippe comprennent : écouvillonnage du nasopharynx, écouvillonnage de la gorge et/ou du nez, lavage broncho-alvéolaire, sérum (en consultation avec le LNM)

**SECTION 8 : RÉSISTANCE AUX ANTIVIRAUX**

Type d'essais antiviraux	Résultat
Amantadine	<input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Non testé
Oseltamivir	<input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Non testé
Zanamivir	<input type="checkbox"/> Sensible <input type="checkbox"/> Résistant <input type="checkbox"/> Non testé

Mise à jour le 4 mai 2009 à 13 h 30 HAE

La présente recommandation ou directive est fournie par l'Agence de la santé publique du Canada en réaction à la récente éclosion du virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain) en Amérique du Nord. Ces documents ont été élaborés pour aider les autorités de santé publique du Canada dans leurs activités de surveillance. Le présent avis ou la présente recommandation ou directive est fondé sur les données scientifiques actuellement disponibles au sujet de cette maladie émergente, et il pourrait être modifié si de nouveaux renseignements deviennent disponibles.

### SECTION 9 : EXPOSITIONS

**Dans les 7 jours qui ont précédé l'apparition des symptômes, le patient a-t-il :**

1. Voyagé dans un pays où des cas confirmés du virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain) ont été recensés?

Oui  Non

Si oui, veuillez préciser le pays et le lieu : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée dans le pays (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de départ du pays (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Eu des contacts étroits\* avec :

une personne présentant un cas symptomatique confirmé du virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain)?

une personne présentant un cas symptomatique probable du virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain)?

une personne ayant un SG qui est revenue récemment d'un pays où des cas confirmés du virus de la grippe H1N1 (grippe porcine chez l'humain) ont été recensés?

*\*On entend par « contacts étroits » que le patient s'est occupé d'une personne ayant un cas probable ou confirmé de la grippe porcine chez l'humain, a habité avec cette personne, ou a eu des contacts directs avec les sécrétions des voies respiratoires ou les liquides corporels de celle-ci.*

**Est-ce que le patient :**

Est un travailleur de la santé qui a été en contact avec des patients qui ont fait l'objet d'investigations liées à l'éclosion de la grippe porcine chez l'humain?

A été en contact avec une personne qui souffre de la grippe porcine chez l'humain? Veuillez indiquer l'endroit où il y a eu apparition du virus :

Établissement de soins actifs  Établissement de soins prolongés  École  Collectivité

Est un chercheur de laboratoire qui travaille directement avec des pathogènes émergents ou réémergents?

A été en contact avec un de ces animaux dans les 7 jours qui ont précédé l'apparition des symptômes?

porc  volaille  autre (p. ex. visons, furets) : \_\_\_\_\_

### SECTION 10 : SOMMAIRE DES CONTACTS ÉTROITS\* DANS LES 7 JOURS QUI ONT PRÉCÉDÉ L'APPARITION DES SYMPTÔMES

**Nombre total de contacts :** \_\_\_\_\_

Contacts à la maison : \_\_\_\_\_  Contacts en milieu de travail : \_\_\_\_\_

Autres contacts étroits : \_\_\_\_\_ (c.-à-d. sociaux)

*\*On entend par « contacts étroits » que le patient s'est occupé d'une personne ayant un cas probable ou confirmé de la grippe porcine chez l'humain, a habité avec cette personne, ou a eu des contacts directs avec les sécrétions des voies respiratoires ou les liquides corporels de celle-ci.*