

IDENTIFICATION DU CAS

Prénom : _____ Nom : _____
 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

Milieu de travail : inconnu aucun
 réseau de la santé _____
 milieu de garde _____
 refuge _____
 autre _____
 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 :	___/___/___	___/___/___	_____
<hr/>			
<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 :	___/___/___	___/___/___	_____

Exposition dans les 21 jours précédant la date de début des symptômes

	Date du 1 ^{er} contact aaaa / mm / jj	Date du dernier contact aaaa / mm / jj
<input type="checkbox"/> contact significatif* avec une personne qui a des lésions cutanées douloureuses de type papules, vésicules ou ulcères	___/___/___	___/___/___
<input type="checkbox"/> histoire de voyage dans un pays ayant rapporté des cas confirmés de monkeypox au cours des 21 jours précédant le début des symptômes	___/___/___	___/___/___
<input type="checkbox"/> homme rapportant des contacts sexuels avec d'autres hommes	___/___/___	___/___/___
<input type="checkbox"/> autre(s) exposition(s) jugée(s) significative(s) par le déclarant :	___/___/___	___/___/___

Pays d'acquisition probable:

*contact significatif : vivre sous le même toit; contact sexuel; contact direct avec la peau, les lésions ou les liquides biologiques; contact indirect un objet contaminé (p. ex. : draps, vêtement, pansement souillés); interaction face-à-face >3 heures à <1 mètre

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	___/___/___	_____

Clade suspecté: Clade I Clade II

HÉMOVIGILANCE ET HISTOVIGILANCE

Réception de sang / produits sanguins / 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
 _____ a / ____ m / ____ j
 Signature du déclarant