

Coronavirus COVID-19

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS – VERSION COURTE POUR DSPUBLIQUES EN PHASE DE PILOTAGE D'AKINOX

SECTION À REMPLIR PAR LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

SOMMAIRE DU CAS OU DU CONTACTS SOUS INVESTIGATION

Nom : _____ Sexe : ___ Age : ____ DDN : _____
AAAA-MM-JJ
 Saisie V10 (Code V10) : _____ Code Dossier DSP : _____

Recommandation : Remplir cette section après avoir saisi l'enquête au V10 ou dans votre système d'information local.

PRISE EN CHARGE

Nom de l'enquêteur : _____ Date de l'enquête : _____
AAAA-MM-JJ
Code RSS d'enquête : ____ Statut de l'enquête : En cours Terminée Perdu au suivi

DÉCLARATION

Type de déclaration : Laboratoire Médecin Identifié par enquête de la DSPublique
Date de réception de la déclaration en DSPublique : _____
AAAA-MM-JJ
Si MD déclarant : Nom : _____ Tél. : _____

LABORATOIRE

Date du prélèvement : _____
AAAA-MM-JJ
Date du résultat : _____ Résultat : Positif Équivoque
AAAA-MM-JJ

STATUT ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Statut* Cas confirmé Cas confirmé par lien épidémiologique Cas clinique Contact

HORS QUÉBEC* La personne investiguée, un résident hors Québec, quittera le Québec avant la fin de sa période d'isolement

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom* : _____ Prénom* : _____
Date de naissance* : _____ Âge : ____ Sexe* : H F
AAAA-MM-JJ
NAM (obligatoire)* : _____

Si le répondant à ce questionnaire n'est pas la personne sous investigation (cas ou contact) :

Nom : _____ Prénom : _____
Lien avec le cas : Mère Père Tuteur Autre répondant

COORDONNÉES DE LA PERSONNE

Adresse* : _____
Ville* : _____ Code postal* : _____
TÉLÉPHONES Résidentiel : _____ Cellulaire : _____
Bureau : _____ poste : _____
Adresse courriel : _____

DESCRIPTION DE LA PERSONNE

Sans domicile fixe*
Autochtone* : Oui Non Inconnu
Si oui : Réside sur une réserve : Oui Non Inconnu

Les questions marquées d'un astérisque (*) sont prioritaires pour la saisie au V10.

DESCRIPTION DE LA PERSONNE (suite)

Réside en milieu fermé* Oui Non Inconnu

Si oui :

- CH CHSLD RPA RI RI type familial CR Centre de réadaptation¹
 Centre de protection de la jeunesse¹ Hébergement communautaire¹
 Prison¹ Congrégation religieuse¹ Autre

Précisez (Nom du milieu) : _____

Code du milieu² : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Contact dans le milieu : _____

Téléphone : _____ poste : _____

Adresse courriel : _____

Si non :

Résidez-vous avec des personnes qui : (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- fréquentent ou travaillent dans une garderie
 fréquentent ou travaillent dans une école, un CEGEP ou l'université
 travaillent ou sont bénévoles dans un établissement de la santé

Notes :

1) Considérez uniquement les établissements où les personnes sont hébergées.

2) Inscrivez le code d'installation pour les milieux dont la liste déroulante n'est pas disponible au V10.

OCCUPATION

« Élèves » et « Enfants en service de garde » sont des occupations. SVP les saisir dans la section Autres occupations. Complétez les renseignements sur le milieu, consultez la liste des écoles à ce sujet.

Avez-vous été au travail (hors domicile) dans les 14 jours précédant le début des symptômes (ou de la date de prélèvement en l'absence de symptômes) ?

Oui Non Inconnu

Travailleur dans un milieu de la santé^{1*} : Oui Non Inconnu

Travailleur, bénévole ou proche aidant dans un environnement de soins de santé tel qu'un hôpital, une clinique, un service ambulancier ou un service de soins à domicile ou dans un établissement de soins de longue durée telle qu'une résidence pour personnes âgées (incluant le personnel de soutien, ex. : administratif, cuisine, entretien ménager, etc.)

Occupation principale : _____

- CH CHSLD RPA RI RI type familial Laboratoire
 CLSC-Service courant CLSC-Soutien à domicile Clinique/cabinet Premier répondant (santé)

Si la personne travaille dans plus d'un milieu, l'inscrire dans la section « Autres occupations »

Code du milieu¹ : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Contact dans le milieu : _____

Téléphone : _____ poste : _____

Adresse courriel : _____

Travailleur en école ou garderie* : Oui Non Inconnu

Occupation principale : _____

Nom de l'école/garderie : _____

Si la personne travaille dans plus d'un milieu, l'inscrire dans la section « Autres occupations »

Code du école/garderie¹ : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Contact dans le milieu : _____

Téléphone : _____ poste : _____

Adresse courriel : _____

Note :

1) Inscrivez le code d'installation pour les milieux dont la liste déroulante n'est pas disponible au V10.

OCCUPATION (SUITE)

Autres occupations 1 : Oui Non Inconnu

Occupation principale : _____

Nom du milieu de travail : _____

Code milieu de travail¹ : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Contact dans le milieu : _____

Téléphone : _____ poste : _____

Adresse courriel : _____

Autres occupations 2 : Oui Non Inconnu

Occupation principale : _____

Nom du milieu de travail : _____

Code milieu de travail¹ : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Contact dans le milieu : _____

Téléphone : _____ poste : _____

Adresse courriel : _____

Travailleur en contact direct avec la clientèle* : Oui Non Inconnu

S'applique à toutes les catégories de travailleurs

Note :

1) Inscrivez le code d'installation pour les milieux dont la liste déroulante n'est pas disponible au V10.

SYMPTÔMES

Asymptomatique

Date de début des symptômes* : _____

AAAA-MM-JJ

Symptômes associés à l'épisode de COVID-19

Toux récente ou exacerbation (aggravation) d'une toux chronique Oui Non Inc.

Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $100,4^{\circ}\text{F}$; personnes âgées $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ou $100,0^{\circ}\text{F}$) Oui Non Inc.

Fébrilité/Frissons (température non prise) Oui Non Inc.

Maux de gorge Oui Non Inc.

Écoulement nasal Oui Non Inc.

Difficultés respiratoires (par exemple essoufflement ou difficulté à parler) Oui Non Inc.

Nausées vomissements Oui Non Inc.

Maux de tête Oui Non Inc.

Fatigue intense Oui Non Inc.

Douleur (musculaire, thoracique, abdominale etc.) Oui Non Inc.

Irritabilité confusion Oui Non Inc.

Diarrhée Oui Non Inc.

Perte brutale d'odorat (anosmie) sans obstruction nasale, accompagnée ou non d'une perte de goût (agueusie) Oui Non Inc.

Perte d'appétit importante Oui Non Inc.

Autres (précisez) : _____

La personne a-t-elle eu des contacts étroits (moins de 2 mètres ET au moins 15 minutes cumulatives) au travail pendant sa période de contagiosité? Oui Non Inconnu

ENQUÊTE SUR LES EXPOSITIONS DU CAS (PÉRIODE D'INCUBATION)**INFORMATION SUR LES VOYAGES**

Voyage hors région au cours des 14 jours précédant les symptômes* Oui Non

Compléter les détails du transporteur pour tout déplacement hors région, province, pays, impliquant un transporteur public (autobus, bateau, avion, train) : compagnie de transport, n° de vol, n° de parcours, n° de siège, etc.

	Destination origine et destination	Date d'arrivée AAAA-MM-JJ	Date de départ AAAA-MM-JJ	Hôtel lieu de résidence
1				
	Détails du transporteur			
2				
	Détails du transporteur			

CONTACT AVEC UN CAS CONNU

Dans les deux semaines précédant le début des symptômes, la personne a-t-elle eu un contact avec une personne atteinte de la COVID-19 : Oui Non Inconnu

Si oui :

Nom de ce cas : _____

No V10 du cas : _____

Date de la dernière exposition avec le cas connu : _____
AAAA-MM-JJ

Préciser le type de contact avec le cas connu :

- Non investigué Domiciliaire École Garderie Milieu de travail
 CHSLD RPA C. Hospitalier RI RIF Autres milieux de soins
 Prison Transport Autres (Visite)

Nom du milieu : _____

Code milieu de travail¹ : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Le cas connu a voyagé hors Canada : Oui Non Inconnu

CAS ASSOCIÉ À UNE ÉCLOSION (À L'INTENTION DE LA DSP)

Le cas est associé à une écloison connue : Oui Non Inconnu

Si oui : No Écloison Régional : _____

Pour une définition du No d'Écloison, consultez le guide de saisie

Nom du milieu : _____

Code milieu de travail¹ : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Contact dans le milieu : _____

Téléphone : _____ poste : _____

Adresse courriel : _____

Note :

1) Inscrivez le code d'installation pour les milieux dont la liste déroulante n'est pas disponible au V10.

AUTRES MILIEUX D'ACQUISITION SUSPECTÉS

Au cours des 14 jours précédant les symptômes, le cas a fréquenté des milieux où il aurait été en contact avec des personnes symptomatiques*

Non (Aucune source d'acquisition suspectée)

Oui (Milieux suspectés) **Si oui, complétez le tableau**

Milieux suspectés	Précisions (adresse milieu)
<input type="checkbox"/> Domiciliaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
<input type="checkbox"/> Milieu de soins, CH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
<input type="checkbox"/> Milieu de soins, CHSLD <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
<input type="checkbox"/> Milieu de soins, RPA <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
<input type="checkbox"/> Milieu scolaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
<input type="checkbox"/> Service de garde <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
<input type="checkbox"/> Transport public <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
<input type="checkbox"/> Autres ¹ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	

Note 1 : Considérer questionner sur les rencontres sociales, les commerces visités. Saisir les renseignements dans la catégorie « Autres ».

Renseignements complémentaires sur les milieux suspecté :

CONDITIONS MÉDICALES PRÉEXISTANTES ET FACTEURS DE RISQUES AVANT DE DEVENIR MALADE

Conditions	Commentaires : (précisez si nécessaire)
Hypertension <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Maladie cardio-vasculaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Troubles neurologiques ou neuro-musculaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Immunosupprimée ou traitement immunodépresseur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Maladie hépatique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Cancer <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Post-partum ≤ 6 semaines <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	Précisez le trimestre :
Maladie du rein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Maladie respiratoire (ex. : emphysème, bronchite chronique) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Obésité sévère <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Tabagisme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	
Autres, précisez <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	

Hémovigilance* : Donné du sang dans les 72 heures précédant le début des symptômes

Oui Non Inc.
Si oui, informez Héma-Québec

Hémovigilance* : Reçu une transfusion de sang dans les 14 jours précédant le début des symptômes

Oui Non Inc.
Si oui, informez Héma-Québec

ÉVALUATION, COMPLICATIONS ET DIAGNOSTICS CLINIQUES DU CAS		
Conditions	Commentaires : (précisez si nécessaire)	
Altération de la santé mentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Pneumonie par diagnostic clinique ou radiologique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Coma <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Diagnostic du syndrome de détresse respiratoire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Saturation O ² < 95% <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Complications et issues de grossesse défavorables <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.	Précisez le trimestre :	
Complications néonatales <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Encéphalite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Hypotension <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Convulsions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Septicémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Tachypnée (rythme respiratoire accéléré) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Autres, précisez <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		

ÉVOLUTION CLINIQUES DU CAS		
Gravité	Date de début AAAA-MM-JJ	Date de fin AAAA-MM-JJ
Isolement à domicile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Unité de soins intensifs* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Ventilation mécanique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.		
Évolution du cas*	<input type="checkbox"/> Rétabli <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Détérioré <input type="checkbox"/> Décédé	Date de l'évaluation* : _____ AAAA-MM-JJ

INFORMATION SUR LE DÉCÈS	
<input type="checkbox"/> Décès associé à la COVID-19*	Date du décès* : _____ AAAA-MM-JJ
Lieu du décès : <input type="checkbox"/> À domicile <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RI de type familial <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> Prison <input type="checkbox"/> Hébergement communautaire <input type="checkbox"/> Autres Code du milieu de décès ¹ : _____ Si hors domicile, préciser le lieu : _____	
Note : 1) Inscrivez le code d'installation pour les milieux dont la liste déroulante n'est pas disponible au V10.	

NOTES :

SIGNATURE	DATE

Fin du questionnaire du cas

Les questions marquées d'un astérisque (*) sont prioritaires pour la saisie au V10.

Annexe 1 Exemples d'emploi de « Travailleur fournissant des services jugés essentiels

Pour aider à répondre à la question :

Travailleur fournissant des services jugés essentiels* Si oui, précisez l'**emploi**

Secteur	Emplois (exemples)
Services de soins de santé et de services sociaux prioritaires par exemple	<ul style="list-style-type: none"> ○ Services à domicile aux aînés, aux personnes handicapées et aux personnes vulnérables ○ Ressources spécialisées pour des clientèles vulnérables (Jeunes en difficultés, violence conjugale, immigration, itinérance) ○ Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
Services de sécurité publique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Policiers ○ Contrôleurs routiers ○ Pompiers ○ Enquêteurs ○ Agences de sécurité, agents correctionnels, etc.
Services gouvernementaux et autres activités prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> ○ Collecte de déchets et gestion des matières résiduelles. ○ Banques alimentaires et Organismes communautaires ○ Services municipaux (égouts, traitement de l'eau...) ○ Inspecteurs ○ Vétérinaires ○ Services aériens gouvernementaux. ○ Centres de prévention du suicide
Activités manufacturières (industries, usines) prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> ○ Production de biens alimentaires (ex. : entreprises agricoles, transformation alimentaire, breuvage, abattoirs, production maraîchère) ○ Fabrication d'instruments, de produits médicaux et de produits sanitaires ○ Pétrole, essence (production, distribution)
Commerces prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> ○ Épicerie, dépanneurs et autres commerces (ex. SAQ, SQDC) ○ Salons funéraires ○ Hôtels ○ Nettoyeurs ○ Déménageurs ○ Pharmacies
Médias et télécommunications	<ul style="list-style-type: none"> ○ Câblodistributeurs, téléphonie ○ Imprimeurs (uniquement pour l'impression des journaux)
Services bancaires, financiers et autres	
Construction Et entretien et maintien des infrastructures publiques et privées	<ul style="list-style-type: none"> ○ Firmes de construction pour réparations d'urgence ou pour fins de sécurité ○ Électriciens, plombiers et autres corps de métiers pour des services d'urgence ○ Entretien et maintien des infrastructures : ponts, barrages, édifices municipaux, etc.
Maintenance et opérations des infrastructures stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> ○ Production, approvisionnement, transport et distribution d'énergie (hydroélectricité, énergies fossiles, éolien, biomasse) ○ Services informatiques ○ Services municipaux (eau, égout, ordures) ou provinciaux
Services de maintenance et d'entretien des édifices et autres bâtiments	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nettoyage et entretien ménager ○ Exterminateurs ○ Entretien des édifices (ascenseurs, ventilation, alarme, etc.) ○ Entretien et réparation d'électroménagers
Services prioritaires de transport et logistique	<ul style="list-style-type: none"> ○ Autobus, métro, avions, train, gare, taxi, ports, aéroports, aérobares ○ Service de la poste ○ Stations-services ○ Transport, entreposage, distribution et livraison de biens ou marchandises

Liste exhaustive: <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/fermeture-endroits-publics-commerces-services-covid19/>