

Mpox

FORMULAIRE D'INVESTIGATION DES CAS

Version 3

BUT DE CE FORMULAIRE D'INVESTIGATION DES CAS

Le formulaire d'investigation des cas est destiné à collecter des données obtenues auprès de personnes chez qui la mpox est suspectée, probable ou confirmée. Ces données peuvent être collectées de manière prospective ou rétroactive. Ce formulaire comprend des modules pour les cas et pour l'investigation ultérieure sur les contacts. Le formulaire complet est destiné à être utilisé dans le pays ; il n'est pas nécessaire de communiquer les données à l'OMS. Il existe un formulaire distinct de notification des cas contenant un ensemble minimal de données (un sous-ensemble des variables figurant sur ce formulaire), que les États Membres sont invités à remplir et à soumettre au Bureau régional de l'OMS dont ils relèvent ; il est disponible à l'adresse suivante :

[https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-minimum-dataset-case-reporting-form-\(crf\)](https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-minimum-dataset-case-reporting-form-(crf)).

POUR LES CAS

Formulaire A1 : Formulaire d'investigation des cas suspects, probables ou confirmés de mpox

Module 1 : Identification du cas

Module 2 : Investigation épidémiologique

Module 3 : Gravité et issue de la maladie et informations des laboratoires

Module 4 : Recherche prospective et suivi des contacts

POUR LES CONTACTS

Formulaire B1 : Formulaire de recueil minimal de données pour les contacts de cas probables ou confirmés de mpox

Formulaire B2 : Journal des symptômes pour les contacts de cas probables ou confirmés de mpox

En plus de ce formulaire, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a établi un protocole normalisé afin que les investigations et le suivi concernant les cas de mpox et les contacts soient plus approfondis pour mieux définir les principales caractéristiques épidémiologiques et cliniques de l'infection et cerner la propagation, la gravité et le spectre de la maladie.

Cette version du formulaire d'investigation des cas a été mise à jour pour être conforme à ce protocole. Veuillez noter qu'un certain nombre de sections sont facultatives et ne doivent être utilisées que si ce protocole est appliqué. Ces sections peuvent être utilisées pour répondre à certains objectifs d'étude énoncés dans le protocole et ne sont pas forcément nécessaires dans le cadre d'une investigation ordinaire sur les cas et les contacts.

Toutes les parties souhaitant recevoir plus d'informations sur le protocole d'étude approfondie peuvent envoyer un message à l'adresse emergency-surveillance@who.int.

Le contenu du formulaire est basé sur les connaissances acquises concernant la mpox et sur les informations recueillies dans le cadre de la flambée en cours. Les pays sont invités à l'adapter au contexte national, aux besoins, aux habitudes et aux normes culturelles, et à le faire traduire dans les langues locales.

: _____

Formulaire A1 : Formulaire d'investigation des cas suspects, probables ou confirmés de mpox

MODULE 1. INFORMATIONS SUR LE CAS

Numéro d'identification unique du cas : _____

Code du pays à deux lettres, numéro du cas (par exemple AB001, AB002) ou numéro d'identification national du cas s'il a déjà été attribué.

Numéro d'identification du groupe de cas (le cas échéant) : _____

Code du pays à deux lettres, numéro du groupe de cas (par exemple AB.01.001, AB.02.001) ou numéro d'identification national du groupe de cas s'il a déjà été attribué.

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE QUI COLLECTE LES DONNÉES	
Nom de la personne qui collecte les données	
Fonction de la personne qui collecte les données	
Institution dont dépend la personne qui collecte les données	
Numéro de téléphone de la personne qui collecte les données	
Courriel de la personne qui collecte les données	
Date à laquelle le formulaire a été rempli	[_] [_] [_] [_] / [M] [M] / [J] [J]
Date de la notification	[_] [_] [_] [_] / [M] [M] / [J] [J]

1a. CLASSIFICATION DU CAS
<input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Probable

1b. SITUATION ACTUELLE
<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Inconnu/perdu de vue

1c. INFORMATIONS PERMETTANT D'IDENTIFIER LE CAS	
Prénom	
Nom de famille	
Date de naissance	[_] [_] [_] [_] / [M] [M] / [J] [J]
Si la date de naissance n'est pas connue, indiquer	Âge [] [] ans OU, si moins de 2 ans [] [] mois OU [] [] jours
Sexe à la naissance	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
Genre	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
Orientation sexuelle	<input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> Lesbienne <input type="checkbox"/> Hétérosexuel <input type="checkbox"/> Bisexuel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si autre, précisez : _____
Numéro d'identification national de la personne (le cas échéant) :	
Pays de résidence	
Numéro de téléphone	

Courriel	
Adresse	
Profession	
Soignant/soignante ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <i>Pour les soignants et les soignantes, remplir la section 2d.</i>
Travailleur/travailleuse du sexe ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

1d. INFORMATIONS CONCERNANT LE CENTRE DE SANTÉ/LE MÉDECIN TRAITANT	
Nom du centre de santé	
Type de centre de santé (par exemple, centre de soins de santé sexuelle, médecin généraliste, urgences d'un hôpital)	
Nom du médecin traitant	
Téléphone	
Adresse	

1e. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
Infections sexuellement transmissibles (IST) au cours de l'année écoulée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Grossesse	<input type="checkbox"/> Oui, grossesse, trimestre inconnu <input type="checkbox"/> Oui, 1 ^{er} trimestre de grossesse <i>(Le 1^{er} trimestre va de la 1^{re} semaine à la fin de la 12^e semaine)</i> <input type="checkbox"/> Oui, 2 ^e trimestre de grossesse <i>(Le 2^e trimestre va de la 13^e semaine à la 26^e semaine)</i> <input type="checkbox"/> Oui, 3 ^e trimestre de grossesse <i>(Le 3^e trimestre va de la 27^e semaine à la fin de la grossesse)</i> <input type="checkbox"/> Post-partum (< 6 semaines) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> s. o. <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Chlamydie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Gonorrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Herpès génital	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Lymphogranulome vénérien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Infection à <i>Mycoplasma genitalium</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Syphilis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Trichomonase	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Verrues génitales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Immunosuppression	<input type="checkbox"/> Oui, en raison d'une maladie <input type="checkbox"/> Oui, en raison de la prise de médicaments <input type="checkbox"/> Oui, raison inconnue <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Autres IST	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Si Autres IST Oui, précisez :			

		En cas d'immunosuppression, précisez-en la cause :	
Le cas prend-il une prophylaxie préexposition (PrEP) contre l'infection à VIH ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Statut sérologique pour le VIH	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Inconnu	Évaluation du statut sérologique pour le VIH	<input type="checkbox"/> autodéclaré <input type="checkbox"/> Confirmé en laboratoire <input type="checkbox"/> Dossier médical <input type="checkbox"/> Inconnu
En cas de séropositivité pour le VIH	Charge virale : <input type="checkbox"/> Indélectable <input type="checkbox"/> Délectable <input type="checkbox"/> Inconnue		
	Dernière numération des CD4 _____ <input type="checkbox"/> Inconnue		
Traitement de l'infection à VIH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas			

1f. VACCINATION PRÉ- OU POST-EXPOSITION	
Quel traitement antiviral contre la mpox le cas reçoit-il ? (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)	<input type="checkbox"/> Técovirimat <input type="checkbox"/> Brincidofovir <input type="checkbox"/> Cidofovir <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/> Nom du traitement antiviral inconnu <input type="checkbox"/> Pas de traitement antiviral <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Le cas a-t-il été vacciné contre la variole sans que cela ait un rapport avec cet événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Date à laquelle le cas a reçu la dernière dose de vaccin antivariolique [A_] [A_] [A_] [A_] / [M_] [M_] / [J_] [J_] (Si le cas ne se souvient pas de la date exacte de la vaccination, indiquez uniquement l'année ou une date approximative) [A_] [A_] [A_] [A_] / [M_] [M_] / [J_] [J_]
Le cas a-t-il été vacciné contre la variole ou la mpox dans le cadre de cet événement et combien de doses de vaccin a-t-il reçu ?	<input type="checkbox"/> 0 dose (non vacciné) <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> Nombre de doses inconnu <input type="checkbox"/> Statut vaccinal inconnu
Le cas a-t-il reçu une première dose de vaccin contre la variole ou la mpox dans le cadre de l'événement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui – prophylaxie préexposition <input type="checkbox"/> Oui – Prophylaxie postexposition <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Date de la première dose de vaccin contre la variole ou la mpox [A_] [A_] [A_] [A_] / [M_] [M_] / [J_] [J_] Marque de la première dose de vaccin contre la variole ou la mpox <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ACAM2000 <input type="checkbox"/> Vaccin antivariolique Aventis Pasteur <input type="checkbox"/> Imvanex <input type="checkbox"/> Imvamune <input type="checkbox"/> Jynneos <input type="checkbox"/> LC16m8 <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sais pas

: _____

Le cas a-t-il reçu une deuxième dose de vaccin contre la variole ou la mpox dans le cadre de l'événement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui – prophylaxie préexposition <input type="checkbox"/> Oui – Prophylaxie postexposition <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Date de la deuxième dose de vaccin contre la variole ou la mpox [_] [_] [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] Marque de la deuxième dose de vaccin contre la variole ou la mpox <input type="checkbox"/> ACAM2000 <input type="checkbox"/> Vaccin antivariolique Aventis Pasteur <input type="checkbox"/> Imvanex <input type="checkbox"/> Imvamune <input type="checkbox"/> Jynneos <input type="checkbox"/> LC16m8 <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
---	--

1g. SIGNES ET SYMPTÔMES SI LE CAS EST OU A ÉTÉ SYMPTOMATIQUE			
Le cas présente-t-il ou a-t-il présenté des symptômes évocateurs de la mpox ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Date du premier diagnostic clinique	[_] [_] [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Date d'apparition des symptômes (date du premier symptôme)	[_] [_] [_] [_] / [_] [_] / [_] [_]		
Date d'apparition de l'éruption cutanée	[_] [_] [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] <input type="checkbox"/> Sans objet		
Lésions cutanées/muqueuses (sauf dans la sphère orale ou ano-génitale)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Lésions cutanées/muqueuses dont la localisation n'est pas connue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Adénopathies localisées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Lésions cutanées et muqueuses dans la sphère ano-génitale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Polyadénopathies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Lésions cutanées et muqueuses dans la sphère orale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Adénopathies dont la localisation n'est pas connue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Fièvre >38,5 °C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Frissons ou sueurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Asthénie (grande faiblesse)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Céphalées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Douleurs musculaires (myalgies)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Vomissements/nausées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Œdème/gonflement des tissus mous génitaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Toux/symptômes respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Dorsalgie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Conjonctivite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Fatigue intense	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Polyadénopathies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Douleurs et/ou saignements anogénitaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Autres symptômes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Si autres symptômes, précisez :			

1h. COMPLICATIONS

Le cas a-t-il eu des complications ? (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)

- Aucune
- Syndrome de détresse respiratoire aiguë
- Infection des voies respiratoires inférieures (par exemple, pneumonie)
- Encéphalite
- Méningo-encéphalite
- Myocardite
- Infection de la cornée
- Abscès rétropharyngé
- Sepsis
- Mortinaissance (pour les femmes enceintes)
- Surinfection bactérienne de la peau et/ou des tissus mous
- Autre surinfection bactérienne
- Autres (veuillez préciser séparément)
- Ne sais pas

Si autres complications, précisez :

MODULE 2. INVESTIGATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

2a. EXPOSITION À UN AUTRE CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ (jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic)

Dates des 3 semaines : du [Y][Y][Y][Y]/[M][M]/[D][D] au [Y][Y][Y][Y]/[M][M]/[D][D]

<p>Le patient a-t-il été en contact avec une personne présentant une maladie ou des symptômes similaires ; ou avec un cas probable ou confirmé connu jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<p>Combien de fois le contact s'est-il produit ?</p> <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> Plusieurs fois <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<p>Quelle a été la durée maximale de ces contacts (n'en sélectionner qu'une)</p> <input type="checkbox"/> <5 minutes <input type="checkbox"/> 5<15 minutes <input type="checkbox"/> 15 minutes < 1 heure <input type="checkbox"/> 1 heure <4 heures <input type="checkbox"/> Plus de 4 heures <input type="checkbox"/> Ne sais pas
---	--	---	---

Date du premier contact (au cours des trois dernières semaines) [A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]

Date du dernier contact (au cours des trois dernières semaines) [A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]

Veillez répondre aux questions suivantes pour chaque exposition.

Lien avec le cas

- Conjoint/partenaire
- Membre du foyer
- Parent vivant en dehors du foyer
- Ami(e)
- Partenaire sexuel(le)
- Collègue
- Exposition dans le cadre des soins de santé
- Autre (préciser)

Type de contact avec le cas *(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)*

- Exposition respiratoire prolongée et rapprochée en face à face, sans contact physique
- Contact direct peau à peau (toucher, étreinte), sans contact avec les muqueuses et sans rapports sexuels
- Contact bouche à peau (baisers et rapports sexuels bucco-génitaux)
- Contact sexuel (rapports sexuels anaux et vaginaux ou attouchements sur les parties génitales ou dans la sphère anale)
- Contact avec des objets contaminés (tels que des vêtements ou de la literie, y compris des objets délogés de la literie ou des surfaces lors de la manipulation du linge ou du nettoyage de pièces contaminées, partage de jouets sexuels), sans contact direct avec le cas
- Soignant(e) en contact avec un cas
- Ne sais pas
- Autres, précisez _____

Informations sur l'exposition :

(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)

N. B. : ceci correspond à la méthode d'évaluation de l'exposition demandée dans le formulaire de notification des cas de l'OMS.

- Foyer
- Lieu de travail
- École/crèche
- Établissement de soins (ou laboratoire)
- Boîte de nuit/soirée privée/sauna, avec contact sexuel
- Bar/restaurant ou autre petit événement, sans contact sexuel
- Grand événement, sans contact sexuel (par exemple, festival ou événement sportif)
- Grand événement, avec contact sexuel
- Ne sais pas
- Autre (précisez) : _____

Où l'exposition a-t-elle eu lieu ?

(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)

N. B. : ceci correspond à une autre méthode d'évaluation de l'exposition permettant une meilleure compréhension, en évaluant le « lieu » tout en répondant la question ci-dessous sur le « type de contact ».

- Au sein du foyer (avec un membre du foyer)
- Sur le lieu de résidence/dans un hôtel (pas avec un membre du foyer)
- Sur le lieu de travail
- À l'école/la crèche
- Dans un établissement de soins (ou un laboratoire)
- Dans un bar
- Dans un restaurant
- Dans une boîte de nuit
- Lors d'une soirée privée
- Lors d'un festival en plein air
- Lors d'un festival dans un lieu fermé
- Dans un sauna

- Lors d'un événement sportif en plein air
 Lors d'un événement sportif dans un lieu fermé
 Ne sais pas
 Autre (précisez) : _____

Informations sur le lieu de l'exposition :

(Nom et adresse ; Date) : _____
 [A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]

Le cas était-il symptomatique au moment du contact ?

Oui Non

Entre la date de survenue et la date où la croûte est tombée. Ne sais pas

2b. VOYAGES (jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic)

Le patient a-t-il voyagé à l'extérieur du pays au cours des 21 derniers jours ? Oui Non Ne sais pas

Les questions suivantes ne doivent être posées que si le patient répond oui.

Pays	Région	Date d'entrée	Date de départ
1.		[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]
2.		[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]
3.		[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]
4.		[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]
5.		[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]

Pour les deux sections qui suivent :

- Remplissez la section 2c si l'exposition a eu lieu au sein du foyer.
- Remplissez la section 2d si le contact est un soignant ou une soignante.
- Passez à la section 2e si la situation est différente.

2c. EXPOSITION AU SEIN DU FOYER (jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic) <i>Si l'exposition n'a pas eu lieu au sein du foyer, passez à la section suivante.</i>							
Adresse du foyer/du cas index							
Taille du foyer (nombre de personnes qui ont habité le logement au cours des trois derniers mois)							
Âge de chaque membre du foyer	<table border="1"> <tr> <td>1.</td> <td>4.</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>5.</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>6.</td> </tr> </table>	1.	4.	2.	5.	3.	6.
1.	4.						
2.	5.						
3.	6.						
Type de contact <i>Si plusieurs contacts au sein du foyer sont des cas probables ou confirmés, donnez des informations pour chacun d'entre eux.</i>	<input type="checkbox"/> Baiser/étreinte <input type="checkbox"/> Utilisation de la même salle de bains <input type="checkbox"/> Utilisation du même lit <input type="checkbox"/> Contact physique direct <input type="checkbox"/> Contact avec des objets contaminés (linge, vêtements, vaisselle/ustensiles etc...) <input type="checkbox"/> Ne sais pas						

2d. EXPOSITION PROFESSIONNELLE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS (jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic) <i>Si le cas est un soignant qui a été exposé en dehors de son activité professionnelle, passez à la section suivante.</i>			
Type de soignant/soignante : (Fonction/intitulé du poste)	Lieu de travail :		
Contact physique direct avec le cas confirmé (par exemple, contact physique entre les mains et la peau) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Contact indirect avec un cas confirmé (par exemple, présence dans la même pièce ou contact avec des surfaces ou des objets contaminés) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Combien de fois la personne a-t-elle été en contact avec un cas de mpox ?	<input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> Plusieurs fois <input type="checkbox"/> s. o.		
Date(s) du contact avec le cas <i>S'il y a eu plusieurs contacts, répondez aux questions suivantes pour chaque exposition.</i>	<table border="1"> <tr> <td>[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]</td> </tr> <tr> <td>[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]</td> </tr> </table>	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]
[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]			
[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]			
Description de l'exposition			

Pendant l'exposition éventuelle, un équipement de protection individuelle (EPI) complet et approprié a-t-il été utilisé (blouse, gants, masque de protection respiratoire et protection oculaire) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> certains éléments de l'EPI, mais pas tous <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Quels éléments de l'EPI ont été portés ?	<input type="checkbox"/> Gants <input type="checkbox"/> Blouse <input type="checkbox"/> Masque médical <input type="checkbox"/> Masque de protection respiratoire (par exemple N95, FFP2, etc.) <input type="checkbox"/> Protection oculaire ; écran facial ou lunettes de protection
Y a-t-il eu une violation des règles du port ou du retrait de l'EPI ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Avez-vous respecté les règles d'hygiène des mains avant de mettre l'EPI ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne m'en souviens pas
Avez-vous respecté les règles d'hygiène des mains après avoir retiré l'EPI ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne m'en souviens pas
Donnez plus d'informations sur l'exposition <i>(Si nécessaire)</i>	

2e. RAPPORTS SEXUELS

Nombre de partenaires sexuels au cours des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-4 <input type="checkbox"/> 4-9 <input type="checkbox"/> >10 <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> s. o. <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Nombre de partenaires sexuels au cours des 3 dernières semaines	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-4 <input type="checkbox"/> 4-9 <input type="checkbox"/> >10 <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> s. o. <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Genre des partenaires sexuels au cours des 3 dernières semaines	<input type="checkbox"/> Uniquement des hommes <input type="checkbox"/> Uniquement des femmes <input type="checkbox"/> Hommes et femmes <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sais pas

Les questions suivantes ne doivent être posées que si le cas déclare un ou plusieurs partenaires sexuels au cours des 3 dernières semaines. Répondez à la question suivante pour CHAQUE contact.

Type de pratique sexuelle <i>(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)</i>	<input type="checkbox"/> Pénétration anale <input type="checkbox"/> Réception anale <input type="checkbox"/> Rapport bucco-génital <input type="checkbox"/> Rapport vaginal <input type="checkbox"/> Autres (par exemple, jouets sexuels, etc.) <hr/> <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> s. o.	Rapports sexuels protégés <i>(à l'aide d'un préservatif ou d'une digue dentaire)</i>	<input type="checkbox"/> Oui, systématiquement <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
---	--	--	--

<p>Type de partenaire sexuel (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)</p>	<p><input type="checkbox"/> Rapports sexuels avec un nouveau partenaire (avec qui il n'y a jamais eu de rapports sexuels auparavant)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (une seule fois)</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaire(s) sexuel(s) régulier(s) (avec qui les rapports sexuels sont fréquents)</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaire(s) sexuel(s) occasionnel(s) connu(s) (avec qui les rapports sexuels sont sporadiques)</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaire(s) sexuel(s) occasionnel(s) anonyme(s) (avec qui les rapports sexuels sont sporadiques et dont les coordonnées ne sont pas disponibles)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapports sexuels en groupe (avec plusieurs personnes en même temps)</p> <p><input type="checkbox"/> Chemsex (consommation de drogues pendant les rapports sexuels)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapports sexuels dans un lieu en dehors de la ville ou du village de résidence</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune de ces réponses</p>	<p>Comment le cas a-t-il rencontré ses partenaires ? (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)</p>	<p><input type="checkbox"/> Grindr</p> <p><input type="checkbox"/> Scruff</p> <p><input type="checkbox"/> Autre application de rencontre</p> <p><input type="checkbox"/> Bar/boîte de nuit/soirées payantes</p> <p><input type="checkbox"/> Lieu public (dark room, sauna, sex club, parc)</p> <p><input type="checkbox"/> Soirées sexuelles privées</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p>
--	--	--	---

2f. AUTRES EXPOSITIONS (jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic)

<p>Contact avec des animaux :</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Si oui, sélectionnez toutes les réponses qui conviennent.</p>	<p><input type="checkbox"/> Animaux domestiques, à l'exclusion des rongeurs</p> <p><input type="checkbox"/> Rongeurs de compagnie (cochons d'Inde, chiens de prairie, gerbilles, souris, rats, écureuils...)</p> <p><input type="checkbox"/> Animaux sauvages, à l'exclusion des rongeurs (singes vivants ou morts, gibier sauvage/viande de brousse)</p> <p><input type="checkbox"/> Rongeurs sauvages ou présents en milieu urbain (écureuils, rats ou loirs vivants et d'élevage, gibier sauvage ou viande de brousse)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____</p>

2g. MODE DE TRANSMISSION LE PLUS PROBABLE, d'après les informations données précédemment

(à déterminer par l'enquêteur sur la base des informations précédemment données sur l'exposition)

<p><input type="checkbox"/> Transmission par contact direct (hormis les rapports sexuels) d'une personne à l'autre (sauf de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou à l'accouchement)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapport sexuel</p> <p><input type="checkbox"/> Transmission de l'animal à l'être humain</p> <p><input type="checkbox"/> Transmission associée aux soins de santé (dans un établissement de soins de santé ou lors de la prestation de soins)</p> <p><input type="checkbox"/> Transmission dans un laboratoire à la suite d'une exposition professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou à l'accouchement</p> <p><input type="checkbox"/> Contact avec des surfaces, du matériel ou des objets contaminés (par exemple, literie, vêtements, jouets sexuels)</p>
--

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Transfusion de sang
<input type="checkbox"/> Autre mode de transmission (précisez) _____
<input type="checkbox"/> Ne sais pas |
|--|

MODULE 3. GRAVITÉ ET ISSUE DE LA MALADIE ET INFORMATIONS DES LABORATOIRES

3a. GRAVITÉ ET ISSUE DE LA MALADIE

Hospitalisation (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)	<input type="checkbox"/> Oui, pour une raison inconnue <input type="checkbox"/> Oui, à des fins d'isolement <input type="checkbox"/> Oui, en raison d'impératifs cliniques <input type="checkbox"/> Non _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Date de l'hospitalisation	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J] <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Date de la fin de l'isolement	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J] <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Date de la sortie de l'hôpital	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J] <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Personne hospitalisée au moment de l'investigation
Admission en unité de soins intensifs ou de surveillance continue ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Date de l'admission en unité de soins intensifs	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J] <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Date de la sortie de l'unité de soins intensifs	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J] <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Personne en unité de soins intensifs au moment de l'investigation
Issue de la maladie	<input type="checkbox"/> Guérison <i>dans ce cas, préciser la date de la disparition des symptômes</i> [A][A][A][A]/[M][M]/[J][J] <input type="checkbox"/> Pas encore de guérison <input type="checkbox"/> Décès <i>dans ce cas, préciser la date du décès</i> [A][A][A][A]/[M][M]/[J][J] <input type="checkbox"/> Ne sais pas/perdu de vue

3b. DIAGNOSTIC ET TESTS

Sélectionnez tous les échantillons utilisés pour le diagnostic de la mpox et indiquez le résultat global des tests

Numéro d'identification du laboratoire			
Date de l'échantillonnage	Type d'échantillon (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)	Test effectué (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)	Résultat

<p>[A][A][A][A]/ [M][M]/[J][J]</p>	<p><input type="checkbox"/> Échantillons de lésions cutanées, y compris des écouvillonnages de la surface et/ou des exsudats des lésions et des tissus de plusieurs lésions)</p> <p><input type="checkbox"/> Croûte</p> <p><input type="checkbox"/> Sérum</p> <p><input type="checkbox"/> Écouvillonnage génital</p> <p><input type="checkbox"/> Écouvillonnage oropharyngé</p> <p><input type="checkbox"/> Urine</p> <p><input type="checkbox"/> Sperme</p> <p><input type="checkbox"/> Écouvillonnage rectal</p> <p><input type="checkbox"/> Liquide céphalorachidien</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> PCR de l'orthopoxvirus simien</p> <p><input type="checkbox"/> PCR des orthopoxvirus</p> <p><input type="checkbox"/> Séquençage</p> <p><input type="checkbox"/> Test sérologique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser)</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> Positif</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif</p> <p><input type="checkbox"/> Non concluant</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
--	---	---	---

Une caractérisation génomique a-t-elle été effectuée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Dans l'affirmative, quel est le clade ? :	<input type="checkbox"/> Clade 1 <input type="checkbox"/> Clade II <input type="checkbox"/> Clade IIb <input type="checkbox"/> Ne sais pas Autre (préciser)
Dans l'affirmative, numéro d'accès de la séquence téléchargée dans une base de données publique	
L'échantillon a-t-il été conservé pour une caractérisation génomique future ?	
L'échantillon a-t-il été envoyé à un autre laboratoire pour une caractérisation génomique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Le cas échéant, précisez la date de l'envoi	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]
Nom du laboratoire	

3c. RÉSULTATS DES TESTS SÉROLOGIQUES :	
Un échantillon de sang a-t-il été prélevé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si oui, à quelle phase de la maladie (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent) ?	<input type="checkbox"/> Phase aiguë (jours 1 à 7) <input type="checkbox"/> Convalescence (au moins le 21 ^e jour) <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> s. o.
Les échantillons ont-ils été analysés (si oui, veuillez remplir la section ci-dessous) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Les échantillons ont-ils été conservés en vue d'une analyse ultérieure ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Les échantillons ont-ils été envoyés à un autre laboratoire pour confirmation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Le cas échéant, précisez la date de l'envoi	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]
Nom du laboratoire :	

Remplir une nouvelle ligne pour chaque échantillon prélevé et chaque type de test effectué :

Numéro d'identification du laboratoire	Date de prélèvement de l'échantillon (aaaa/mm/jj)	Date de réception de l'échantillon (aaaa/mm/jj)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat (titres des anticorps anti-orthopoxvirus simien)	Date du résultat (aaaa/mm/jj)
	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> Détection des IgM par ELISA <input type="checkbox"/> Détection des IgG par ELISA <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> Positif Si positif, titre : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> En attente de résultat	___/___/___
	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> Détection des IgM par ELISA <input type="checkbox"/> Détection des IgG par ELISA <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> Positif Si positif, titre : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> En attente de résultat	___/___/___

MODULE 4 : RECHERCHE PROSPECTIVE DES CONTACTS

4. RECHERCHE PROSPECTIVE

Le cas a-t-il été en contact (en face à face, physiquement ou sexuellement) avec une ou plusieurs personnes, ou a-t-il habité avec elles, entre l'apparition des symptômes ou le diagnostic et la guérison (chute de toutes les croûtes des vésicules) ?

Oui Non Ne sais pas

Les questions suivantes ne doivent être posées que si le patient répond oui.

<p>Combien de contacts le cas a-t-il eu depuis l'apparition des symptômes ou le diagnostic ?</p> <p>Combien de contacts signalés ne sont pas identifiés ? (Le cas n'a pas leurs coordonnées ou ne sait pas comment les joindre.)</p>		<p>Où le cas a-t-il été contact (en face à face, physiquement ou sexuellement) ? (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)</p>	<input type="checkbox"/> Au sein du foyer (avec un membre du foyer) <input type="checkbox"/> Sur le lieu de résidence/dans un hôtel (pas avec un membre du ménage) <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> À l'école/la crèche <input type="checkbox"/> Dans un établissement de soins (ou un laboratoire) <input type="checkbox"/> Dans un bar <input type="checkbox"/> Dans un restaurant <input type="checkbox"/> Dans une boîte de nuit <input type="checkbox"/> Lors d'une soirée privée <input type="checkbox"/> Lors d'un festival en plein air <input type="checkbox"/> Lors d'un festival dans un lieu fermé <input type="checkbox"/> Dans un sauna <input type="checkbox"/> Lors d'un événement sportif en plein air
--	--	--	---

			<input type="checkbox"/> Lors d'un événement sportif dans un lieu fermé <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
--	--	--	--

Veuillez indiquer ci-dessous tous les contacts (entre l'apparition des premiers symptômes et la chute des croûtes des vésicules) :

Prénom, Nom	Coordonnées (numéro de téléphone, adresse de courriel, adresse postale)	Date et lieu du contact	Type de contact
1.			<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Au sein du foyer <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
2.			<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Au sein du foyer <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
3.			<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Au sein du foyer <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
4.			<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Au sein du foyer <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
5.			<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Au sein du foyer <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
6.			<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Au sein du foyer <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
7.			<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Au sein du foyer <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
8.			<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Au sein du foyer <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail

: _____

			<input type="checkbox"/> Autre (préciser)
9.			<input type="checkbox"/> Sexuel <input type="checkbox"/> Au sein du foyer <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> Autre (préciser)

5. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

--

6. ÉTAT D'AVANCEMENT DU REMPLISSAGE DU FORMULAIRE

<p>Le formulaire est-il entièrement rempli ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ou partiellement</p> <p>Si non ou partiellement, pourquoi ? :</p> <p><input type="checkbox"/> Oubli</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de tentative</p> <p><input type="checkbox"/> Non fait</p> <p><input type="checkbox"/> Refus</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) :</p>
--	---

Pour chaque contact, veuillez remplir le formulaire de recueil initial de données et le journal des symptômes (formulaire B1-2)

2. POUR LES CONTACTS

Formulaire B1 : Formulaire de recueil initial de données pour les contacts de cas probables ou confirmés de mpox (jour 1)

Le formulaire D'INVESTIGATION de cas A1 doit être dûment rempli pour les contacts symptomatiques répondant à la définition de cas probable.

Nom du cas confirmé

Numéro d'identification du cas confirmé/numéro du groupe (le cas échéant) :

Numéro d'identification du cas : code du pays à deux lettres, numéro du cas (par exemple AB001, AB002) ou numéro d'identification national du cas s'il a déjà été attribué.

Numéro d'identification unique du contact :

Remarque : le numéro d'identification du contact doit être attribué au moment où le module 4 du formulaire d'investigation des cas est rempli.

Code du pays à deux lettres, numéro du cas, numéro du contact (par exemple AB.001.C01, AB.001.C02) ou numéro d'identification national du contact s'il a déjà été attribué.

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE QUI COLLECTE LES DONNÉES	
Nom de la personne qui collecte les données	
Fonction de la personne qui collecte les données	
Institution dont dépend la personne qui collecte les données	
Numéro de téléphone de la personne qui collecte les données	
Courriel de la personne qui collecte les données	
Date à laquelle le formulaire a été rempli	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]
Date de la notification	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]

1. CLASSIFICATION DES CONTACTS (selon les orientations de l'OMS en matière de vaccination contre la mpox)
<input type="checkbox"/> Risque élevé <input type="checkbox"/> Risque moyen <input type="checkbox"/> Risque faible <input type="checkbox"/> Ne sais pas

2. INFORMATIONS PERMETTANT D'IDENTIFIER LE CONTACT	
Prénom	
Nom de famille	
Date de naissance	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]
Si la date de naissance n'est pas connue, indiquer	Âge [][]ans OU, si moins de 2 ans [][] mois OU [][] jours
Sexe à la naissance	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
Genre	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____
Orientation sexuelle	<input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> Lesbienne <input type="checkbox"/> Hétérosexuel <input type="checkbox"/> Bisexuel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Inconnu Si autre, précisez : _____

Numéro d'identification national de la personne (le cas échéant) :	
Pays de résidence	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Adresse	
Profession	
Soignant/soignante ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <i>Pour les soignants et les soignantes, remplir la section 3c.</i>
Travailleur/travailleuse du sexe ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
Infections sexuellement transmissibles (IST) au cours de l'année écoulée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Grossesse	<input type="checkbox"/> Oui, grossesse, trimestre inconnu
Chlamydie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		<input type="checkbox"/> Oui, 1 ^{er} trimestre de grossesse <i>(Le 1^{er} trimestre va de la 1^{re} semaine à la fin de la 12^e semaine)</i>
Gonorrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		<input type="checkbox"/> Oui, 2 ^e trimestre de grossesse <i>(Le 2^e trimestre va de la 13^e semaine à la 26^e semaine)</i>
Herpès génital	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		<input type="checkbox"/> Oui, 3 ^e trimestre de grossesse <i>(Le 3^e trimestre va de la 27^e semaine à la fin de la grossesse)</i>
Lymphogranulome vénérien	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		<input type="checkbox"/> Post-partum (< 6 semaines)
Infection à <i>Mycoplasma genitalium</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		<input type="checkbox"/> Non
Syphilis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		<input type="checkbox"/> s. o.
Trichomonase	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Verrues génitales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Immunosuppression	<input type="checkbox"/> Oui, en raison d'une maladie
Autres IST	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		<input type="checkbox"/> Oui, en raison de la prise de médicaments <input type="checkbox"/> Oui, raison inconnue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si Autres IST, précisez :			En cas d'immunosuppression, précisez-en la cause :

Le cas prend-il une prophylaxie préexposition (PrEP) contre l'infection à VIH ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	
Statut sérologique pour le VIH	<input type="checkbox"/> Positif	Évaluation du statut sérologique pour le VIH*	<input type="checkbox"/> autodéclaré
	<input type="checkbox"/> Négatif		<input type="checkbox"/> Confirmé en laboratoire
<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Dossier médical		<input type="checkbox"/> Ne sais pas
En cas de séropositivité pour le VIH	Charge virale* : <input type="checkbox"/> Indélectable <input type="checkbox"/> Délectable <input type="checkbox"/> Inconnue		
	Dernière numération des CD4* _____ <input type="checkbox"/> Inconnue		
Traitement de l'infection à VIH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas			

*Ces variables sont facultatives si vous n'appliquez pas le protocole normalisé pour une investigation approfondie. Veuillez vous référer à la description initiale du formulaire.

4. EXPOSITION À UN AUTRE CAS PROBABLE OU CONFIRMÉ (jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic)	
<i>Dates des 3 semaines : du [_] [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_] au [_] [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_]</i>	
Combien de fois le contact s'est-il produit ? <input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> Plusieurs fois <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Quelle a été la durée maximale de ces contacts (n'en sélectionner qu'une) <input type="checkbox"/> <5 minutes <input type="checkbox"/> 5<15 minutes <input type="checkbox"/> 15 minutes < 1 heure <input type="checkbox"/> 1 heure <4 heures <input type="checkbox"/> Plus de 4 heures <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Date du premier contact (au cours des trois dernières semaines)	[_] [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_]
Date du dernier contact (au cours des trois dernières semaines)	[_] [_] [_] [_] / [_] [_] [_] [_]
<i>Veuillez répondre aux questions suivantes pour chaque exposition.</i>	
Lien avec le cas <input type="checkbox"/> Conjoint/partenaire <input type="checkbox"/> Membre du foyer <input type="checkbox"/> Parent vivant en dehors du foyer <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Partenaire sexuel(le) <input type="checkbox"/> Collègue <input type="checkbox"/> Exposition dans le cadre des soins de santé <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	Type de contact avec le cas (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent) <input type="checkbox"/> Exposition respiratoire prolongée et rapprochée en face à face, sans contact physique <input type="checkbox"/> Contact direct peau à peau (toucher, étreinte), sans contact avec les muqueuses et sans rapports sexuels <input type="checkbox"/> Contact bouche à peau (baisers et rapports sexuels bucco-génitaux) <input type="checkbox"/> Contact sexuel (rapports sexuels anaux et vaginaux ou attouchements sur les parties génitales ou dans la sphère anale) <input type="checkbox"/> Contact avec des objets contaminés (tels que des vêtements ou de la literie, y compris des objets délogés de la literie ou des surfaces lors de la manipulation du linge ou du nettoyage de pièces contaminées, partage de jouets sexuels), sans contact direct avec le cas <input type="checkbox"/> Soignant(e) en contact avec un cas

	<input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Autres, précisez _____
Où l'exposition a-t-elle eu lieu ? <i>(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)</i>	<input type="checkbox"/> Au sein du foyer (avec un membre du foyer) <input type="checkbox"/> Sur le lieu de résidence/dans un hôtel (pas avec un membre du foyer) <input type="checkbox"/> Sur le lieu de travail <input type="checkbox"/> À l'école/la crèche <input type="checkbox"/> Dans un établissement de soins (ou un laboratoire) <input type="checkbox"/> Dans un bar <input type="checkbox"/> Dans un restaurant <input type="checkbox"/> Dans une boîte de nuit <input type="checkbox"/> Lors d'une soirée privée <input type="checkbox"/> Lors d'un festival en plein air <input type="checkbox"/> Lors d'un festival dans un lieu fermé <input type="checkbox"/> Dans un sauna <input type="checkbox"/> Lors d'un événement sportif en plein air <input type="checkbox"/> Lors d'un événement sportif dans un lieu fermé <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
Le cas était-il symptomatique au moment du contact ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

Pour les deux sections qui suivent :

- Remplissez la section 5 si l'exposition a eu lieu au sein du foyer.
- Passez à la section 6 si le contact est un soignant ou une soignante.
- Passez à la section suivante si la situation est différente.

5. EXPOSITION AU SEIN DU FOYER (jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic) <i>Si l'exposition n'a pas eu lieu au sein du foyer, passez à la section suivante.</i>	
Adresse du foyer/du cas index	
Taille du foyer (nombre de personnes qui ont habité le logement au cours des trois derniers mois)	
Âge de chaque membre du foyer	1. 2.
Type de contact	<input type="checkbox"/> Baiser/étreinte <input type="checkbox"/> Utilisation de la même salle de bains <input type="checkbox"/> Utilisation du même lit <input type="checkbox"/> Contact physique direct <input type="checkbox"/> Contact avec des objets contaminés (linge, vêtements, vaisselle/ustensiles etc...) <input type="checkbox"/> Ne sais pas

6. EXPOSITION PROFESSIONNELLE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS (jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic)	
Type de soignant/soignante : (Fonction/intitulé du poste)	Lieu de travail :

<p>Contact physique direct avec le cas confirmé (par exemple, contact physique entre les mains et la peau)</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<p>Contact indirect avec un cas confirmé (par exemple, présence dans la même pièce ou contact avec des surfaces ou des objets contaminés)</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
<p>Combien de fois la personne a-t-elle été en contact avec un cas de mpox ?</p>	<input type="checkbox"/> Une seule fois <input type="checkbox"/> Plusieurs fois <input type="checkbox"/> s. o.		
<p>Date(s) du contact avec le cas</p> <p><i>S'il y a eu plusieurs contacts, répondez aux questions suivantes pour chaque exposition.</i></p>	<p>[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]</p> <p>[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]</p>		
<p>Description de l'exposition</p>			
<p>Pendant l'exposition éventuelle, un équipement de protection individuelle (EPI) complet et approprié a-t-il été utilisé (blouse, gants, masque de protection respiratoire et protection oculaire)</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> certains éléments de l'EPI, mais pas tous <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
<p>Quels éléments de l'EPI ont été portés ?</p>	<input type="checkbox"/> Gants <input type="checkbox"/> Blouse <input type="checkbox"/> Masque médical <input type="checkbox"/> Masque de protection respiratoire (par exemple, N95, FFP2, etc.) <input type="checkbox"/> Protection oculaire (lunettes ou écran facial)		
<p>Y a-t-il eu une violation des règles du port ou du retrait de l'EPI ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
<p>Avez-vous respecté les règles d'hygiène des mains avant de mettre l'EPI ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne m'en souviens pas		
<p>Avez-vous respecté les règles d'hygiène des mains après avoir retiré l'EPI ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne m'en souviens pas		
<p>Donnez plus d'informations sur l'exposition <i>(Si nécessaire)</i></p>			

Les sections 7 et 8 sont facultatives si vous n'appliquez pas le protocole normalisé pour une investigation approfondie. Veuillez vous référer à la description initiale du formulaire.

7. SIGNES ET SYMPTÔMES SI LE CONTACT EST OU A ÉTÉ SYMPTOMATIQUE			
Le contact présente-t-il ou a-t-il présenté des symptômes évocateurs de la mpox ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Date du premier diagnostic clinique	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J] <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Date d'apparition des symptômes (date du premier symptôme)	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]		
Date d'apparition de l'éruption cutanée	[A][A][A][A]/[M][M]/[J][J] <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Lésions cutanées/muqueuses (sauf dans la sphère orale ou anogénitale)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Lésions cutanées/muqueuses dont la localisation n'est pas connue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Adénopathies localisées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Lésions cutanées et muqueuses dans la sphère ano-génitale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Polyadénopathies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Lésions cutanées et muqueuses dans la sphère orale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Adénopathies dont la localisation n'est pas connue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Fièvre >38,5 °C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Frissons ou sueurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Asthénie (grande faiblesse)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Céphalées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Douleurs musculaires (myalgies)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Vomissements/nausées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Œdème/gonflement des tissus mous génitaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Toux/symptômes respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Dorsalgie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Conjonctivite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Fatigue intense	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Polyadénopathies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Douleurs et/ou saignements anogénitaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Autres symptômes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		
Si autres symptômes, précisez :			

8. RAPPORTS SEXUELS (jusqu'à 3 semaines avant l'apparition des symptômes ou le diagnostic)			
<p>Nombre de partenaires sexuels au cours des 3 dernières semaines</p> <p><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-4 <input type="checkbox"/> 5-9 <input type="checkbox"/> >10</p> <p><input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> s. o. <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>		<p><input type="checkbox"/> Uniquement des hommes <input type="checkbox"/> Uniquement des femmes</p> <p><input type="checkbox"/> Hommes et femmes</p> <p><input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	
<p>Genre des partenaires sexuels au cours des 3 dernières semaines</p>			
<p>Type de pratique sexuelle (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)</p>	<p><input type="checkbox"/> Pénétration anale</p> <p><input type="checkbox"/> Réception anale</p> <p><input type="checkbox"/> Rapports bucco-génitaux</p> <p><input type="checkbox"/> Rapports vaginaux</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (par exemple, jouets sexuels, etc.) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre</p> <p><input type="checkbox"/> s. o.</p>	<p>Rapports sexuels protégés (à l'aide d'un préservatif ou d'une digue dentaire)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, systématiquement</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Non, jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Type de partenaire sexuel (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)</p>	<p><input type="checkbox"/> Rapports sexuels avec un nouveau partenaire (avec qui il n'y a jamais eu de rapports sexuels auparavant)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (une seule fois)</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaire(s) sexuel(s) régulier(s) (avec qui les rapports sexuels sont fréquents)</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaire(s) sexuel(s) occasionnel(s) connu(s) (avec qui les rapports sexuels sont sporadiques)</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaire(s) sexuel(s) occasionnel(s) anonyme(s) (avec qui les rapports sexuels sont sporadiques et dont les coordonnées ne sont pas disponibles)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapports sexuels en groupe (avec plusieurs personnes en même temps)</p> <p><input type="checkbox"/> Chemsex (consommation de drogues pendant les rapports sexuels)</p> <p><input type="checkbox"/> Rapports sexuels dans un lieu en dehors de la ville ou du village de résidence</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune de ces réponses</p>	<p>Comment le contact a-t-il rencontré ses partenaires ? (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)</p>	<p><input type="checkbox"/> Grindr</p> <p><input type="checkbox"/> Scruff</p> <p><input type="checkbox"/> Autre application de rencontre</p> <p><input type="checkbox"/> Bar/boîte de nuit/soirées payantes</p> <p><input type="checkbox"/> Lieu public (dark room, sauna, sex club, parc)</p> <p><input type="checkbox"/> Soirées sexuelles privées</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____</p>

9. VACCINATION PRÉ- OU POST-EXPOSITION	
<p>Le contact a-t-il été vacciné contre la variole ou la mpox ? <i>(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, vaccination sans rapport avec l'événement en cours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, prophylaxie préexposition en rapport avec l'événement en cours</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, prophylaxie post-exposition en rapport avec l'événement en cours</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Si oui, combien de doses</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 dose (non vacciné)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> 2 doses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 doses</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de doses inconnu</p> <p><input type="checkbox"/> Statut vaccinal inconnu</p>
<p>Le contact a-t-il reçu une première dose de vaccin contre la variole ou la mpox dans le cadre de l'événement en cours ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui – prophylaxie préexposition</p> <p><input type="checkbox"/> Oui – Prophylaxie postexposition</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p>Date de la première dose de vaccin contre la variole ou la mpox [A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]</p> <p>Marque de la première dose de vaccin contre la variole ou la mpox</p> <p><input type="checkbox"/> ACAM2000</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccin antivariolique Aventis Pasteur</p> <p><input type="checkbox"/> Imvanex</p> <p><input type="checkbox"/> Imvamune</p> <p><input type="checkbox"/> Jynneos</p> <p><input type="checkbox"/> LC16m8</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Le contact a-t-il reçu une deuxième dose de vaccin contre la variole ou la mpox dans le cadre de l'événement en cours ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui – prophylaxie préexposition</p> <p><input type="checkbox"/> Oui – Prophylaxie postexposition</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p>Date de la deuxième dose de vaccin contre la variole ou la mpox [A][A][A][A]/[M][M]/[J][J]</p> <p>Marque de la deuxième dose de vaccin contre la variole ou la mpox</p> <p><input type="checkbox"/> ACAM2000</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccin antivariolique Aventis Pasteur</p> <p><input type="checkbox"/> Imvanex</p> <p><input type="checkbox"/> Imvamune</p> <p><input type="checkbox"/> Jynneos</p> <p><input type="checkbox"/> LC16m8</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>

10a. MÉTHODES UTILISÉES POUR LES TESTS VIROLOGIQUES ET RÉSULTATS				
Remplir une nouvelle ligne pour chaque échantillon prélevé et chaque type de test effectué :				
Numéro d'identification du laboratoire	Date de l'échantillonnage	Type d'échantillon (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)	Test effectué (sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)	Résultat
	[A][A] [A][A]/ [M] [M]/[J][J]	<input type="checkbox"/> Échantillons de lésions cutanées, y compris des écouvillonnages de la surface et/ou des exsudats des lésions et des tissus de plusieurs lésions <input type="checkbox"/> Croûte <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Écouvillonnage génital <input type="checkbox"/> Écouvillonnage oropharyngé <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Sperme <input type="checkbox"/> Écouvillonnage rectal <input type="checkbox"/> Liquide céphalorachidien <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> PCR de l'orthopoxvirus simien <input type="checkbox"/> PCR des orthopoxvirus <input type="checkbox"/> Séquençage <input type="checkbox"/> Test sérologique <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Ne sais pas

10b. RÉSULTATS DES TESTS SÉROLOGIQUES :						
Remplir une nouvelle ligne pour chaque échantillon prélevé et chaque type de test effectué :						
Numéro d'identification du laboratoire	Date de prélèvement de l'échantillon (aaaa/mm/jj)	Date de réception de l'échantillon (aaaa/mm/jj)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat (titres des anticorps anti-orthopoxvirus simien)	Date du résultat (aaaa/mm/jj)
	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Détection des IgM par ELISA <input type="checkbox"/> Détection des IgG par ELISA <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif Si positif, titre : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non concluant <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> En attente de résultat	___/___/___

11. CLASSIFICATION DU CONTACT	
Cochez la réponse qui convient.	<input type="checkbox"/> Cas écarté <input type="checkbox"/> Cas probable <input type="checkbox"/> Cas secondaire confirmé <input type="checkbox"/> Perdu de vue

12. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

13. ÉTAT D'AVANCEMENT DU REMPLISSAGE DU FORMULAIRE

Le formulaire est-il entièrement rempli ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ou partiellement Si non ou partiellement, pourquoi ? : <input type="checkbox"/> Oubli <input type="checkbox"/> Pas de tentative <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
---	--

Formulaire B2 : Journal des symptômes pour les contacts de cas confirmés de mpox (jours 1-21)

Un journal des symptômes sera fourni à chaque contact proche, afin qu'il puisse y noter la présence ou l'absence de différents signes ou symptômes pendant au moins 21 jours après le remplissage du questionnaire initial (formulaire B1).

Si vous présentez l'un des symptômes ci-dessous, veuillez en informer l'équipe de santé publique locale et suivre ses conseils et instructions pour un éventuel test de dépistage de la mpox.

Nom du cas confirmé**Numéro d'identification du cas confirmé/numéro du groupe (le cas échéant) :**

Numéro d'identification du cas : code du pays à deux lettres, numéro du cas (par exemple AB001, AB002) ou numéro d'identification national du cas s'il a déjà été attribué.

Numéro d'identification unique du contact :

Remarque : le numéro d'identification du contact doit être attribué au moment où le module 4 du formulaire d'investigation des cas est rempli.

Code du pays à deux lettres, numéro du cas, numéro du contact (par exemple AB.001.C01, AB.001.C02) ou numéro d'identification national du contact s'il a déjà été attribué.

Veuillez remplir le tableau suivant tous les jours pendant les 21 prochains jours, en cochant les cases correspondant à vos symptômes. Si vous ne présentez aucun symptôme, veuillez cocher la dernière case, « Aucun symptôme ».

