

## FORMULAIRE D'ENQUÊTE SUR UN CAS (CIF) – ÉPIDÉMIE D'HANTAVIRUS DANS LES ANDES PAYSAGE DU NAVIRE DE CROISIÈRE MV HONDIUS EN 2026

CLASSIFICATION DU CAS AU MOMENT DE REMPLIR LE FORMULAIRE (voir en bas du formulaire pour les définitions de cas) :

Suspecté  Probable  Confirmé  Autre \_\_\_\_\_

---

### INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

- Nom de l'enquêteur : \_\_\_\_\_
- Coordonnées de l'enquêteur \_\_\_\_\_
- Organisation : \_\_\_\_\_
- Date de l'entretien : (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Personne interrogée :  Personne concernée par l'  Autre personne (mandataire)
  - S'il s'agit d'un mandataire, précisez son nom et son lien avec le cas \_\_\_\_\_
  - S'il s'agit d'un mandataire, fournir ses coordonnées \_\_\_\_\_

---

### IDENTIFICATION ET DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES DU PATIENT

- Nom complet : \_\_\_\_\_
- Identifiant unique (passeport/carte d'identité de l'équipage) (facultatif) : \_\_\_\_\_
- Date de naissance (JJ/MM/AA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_
- Sexe :  Homme  Femme  Autre  Inconnu
- Nationalité : \_\_\_\_\_
- Pays de résidence : \_\_\_\_\_
- Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_
- E-mail : \_\_\_\_\_

---

### DÉTAILS DU VOYAGE ET DE L'HÉBERGEMENT

- Type de voyageur :  Passager  Membre d'équipage
  - Si membre d'équipage, indiquer le poste \_\_\_\_\_
  - Si membre d'équipage, indiquer les fonctions : \_\_\_\_\_
- Numéro de cabine : \_\_\_\_\_
- Pont/Zone : \_\_\_\_\_
- Nombre de personnes dans la cabine (valises comprises) : \_\_\_\_\_
- Compagnons de cabine :

Nom	Lien

- Emplacement de la ou des salles de bains utilisées (si ce n'est pas une salle de bains attenante) \_\_\_\_\_
  - Veuillez indiquer le nombre de personnes partageant cette salle de bains (si vous le savez) \_\_\_\_\_

- Port d'embarquement : \_\_\_\_\_ Date d'embarquement : \_\_/\_\_/
- Port de débarquement final : \_\_\_\_\_ Date de débarquement final : \_\_/\_\_/

---

## INFORMATIONS CLINIQUES

### Chronologie

- Date d'apparition des symptômes : (JJ/MM) \_\_/\_\_/
- Heure d'apparition (si connue) :
- Date de la première consultation : (JJ/MM) \_\_/\_\_/
- Date du diagnostic : (JJ/MM) \_\_/\_\_/
- Maladie en cours :  Oui  Non  Inconnu

### Symptômes (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- Fièvre ( $\geq 38$  °C) Température maximale : \_\_\_\_\_
- Myalgie
- Arthralgie
- Maux de tête
- Frissons
- Dyspnée / essoufflement
- Toux
- Douleur thoracique
- Fatigue
- Douleurs abdominales ou crampes
- Nausées
- Vomissements
- Diarrhée
- Vertiges
- Autre (décrire) \_\_\_\_\_

### Signes cliniques graves (si connus)

- Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)
- Œdème pulmonaire
- Infiltrats bilatéraux à l'imagerie
- Hémorragie
- Hypotension
- Choc
- Altération de l'état de conscience
- Autre (décrire) \_\_\_\_\_

### Résultats d'analyses (si disponibles)

- Thrombocytopénie :  Oui (taux) \_\_\_\_\_  Non  Inconnu
- Hématocrite élevé :  Oui (niveau) \_\_\_\_\_  Non  Inconnu
- Élévation de la créatinine :  Oui (taux) \_\_\_\_\_  Non  Inconnu

### Tests de laboratoire pour le hantavirus

- Type d'échantillon :  Sang  Échantillon respiratoire  Tissu  Autre
- Laboratoire : \_\_\_\_\_
- Date du prélèvement : \_\_/\_\_/
- Type de test :  PCR  Sérologie IgM  Sérologie IgG  Autre
- Résultat :  Positif  Négatif  En attente - si PCR positive, valeur Ct : \_\_\_\_\_

- Typage viral (si disponible) :

**Autres tests de diagnostic différentiel en laboratoire (si**

- D'autres tests de diagnostic différentiel ont-ils été effectués ?  Oui  Non  Inconnu
  - Si oui, veuillez décrire, en précisant les dates, les échantillons, les types de tests, le lieu où ils ont été effectués et les résultats de l'

---



---



---

**Hospitalisation et issue**

- A-t-il consulté l'infirmerie du navire ?  Oui  Non  Inconnu
  - Date de la visite (JJ/MM) \_\_/\_\_
  - Si oui, avez-vous passé la nuit à l'infirmerie ?  Oui  Non  Inconnu
    - Si oui, date d'admission : (JJ/MM) \_\_/\_\_ date de sortie : (JJ/MM) \_\_/\_\_
- Hospitalisé (hors du navire) :  Oui  Non  Inconnu
  - Si oui, nom/lieu de l'établissement :
  - Si oui, date d'admission : (JJ/MM) \_\_/\_\_ date de sortie : (JJ/MM) \_\_/\_\_
  - Admission en soins intensifs :  Oui  Non  Inconnu
  - Besoin d'oxygène d'appoint ?  Oui  Non  Inconnu
  - Ventilation mécanique ? :  Oui  Non  Inconnu
  - Le patient était-il sous ECMO ?  Oui  Non  Inconnu
- Issue :  Guéri  Toujours malade  Décédé  Inconnu
- Date du décès (le cas échéant) : (JJ/MM) \_\_/\_\_

**Antécédents médicaux**

- Maladie pulmonaire chronique :  Oui  Non  Inconnu
- Maladie cardiaque :  Oui  Non  Inconnu
- Hypertension :  Oui  Non  Inconnu
- Diabète :  Oui  Non  Inconnu
- Immunosuppression :  Oui  Non  Inconnu
- Tabagisme :  Actuel  Ancien  Jamais  Inconnu
- Grossesse (le cas échéant) :  Oui  Non  Inconnu
  - Si oui, indiquez le trimestre \_\_\_\_\_
- Autres affections préexistantes : \_\_\_\_\_

**LISTE DES CONTACTS**

- Depuis le début de votre maladie, avec qui avez-vous été en contact (y compris contact direct, proximité immédiate, exposition dans des espaces clos ou exposition non protégée dans le cadre de soins de santé – voir la fin du formulaire pour plus de détails) ? :

Nom du contact	Lien avec le cas	Nature du contact	Date du dernier contact (si connue)





Lieu 3								
Lieu 4								

#### HISTORIQUE D'EXPOSITION SPÉCIFIQUE À LA CROISIÈRE

- **Espaces publics à bord où vous avez passé plus de 30 minutes d'affilée (cochez toutes les cases qui s'appliquent)**
    - Pont de commandement PONT 7
    - Salon d'observation / Bar PONT 5
    - Salle de conférence PONT 5
    - Bibliothèque PONT 5
    - Restaurant, pont 4
    - Réception PONT 4
    - Zone d'embarquement/Boutique PONT 4
    - Zone d'embarquement des Zodiacs PONT 3
    - Vestiaire (rangement des bottes et du matériel d'expédition) PONT 3
  - **Cabines dans lesquelles vous avez passé plus de 30 minutes d'affilée (autres que la vôtre) \_\_\_\_\_**
  - **Zones non accessibles au public où vous avez passé plus de 30 minutes d'affilée (cochez toutes les cases qui s'appliquent)**
    - Zones d'entretien/de service
    - Bureau d'expédition / Bureau du directeur de croisière
    - Bureau du capitaine
    - Cuisine
    - Infirmerie (hôpital du navire)
    - Sous les ponts (ponts 1-2) (veuillez décrire) \_\_\_\_\_
    - Autres zones intérieures (veuillez décrire) \_\_\_\_\_
-

**EXCURSIONS À TERRE**

Lieu	Dates	Activités	Avez-vous observé des rongeurs ou des excréments de rongeurs (urine/fèces) ? (Si oui, veuillez décrire, en précisant les dates, les lieux et, si possible, le type de rongeur)	Avez-vous été exposé à des granges, des fermes, des forêts ou des habitations rurales ? (Si oui, veuillez décrire.)	Avez-vous effectué des travaux de nettoyage ou été exposé à l'inhalation de poussière, de terre, de céréales ou de foin ? (Si oui, veuillez décrire la situation, en précisant les dates et les lieux)	Avez-vous participé à la manutention ou au stockage de marchandises ou de denrées alimentaires en vrac (par exemple, lors du chargement du navire) ? (Si oui, veuillez décrire la situation, en précisant les dates et les lieux)
<p><b><i>Péninsule antarctique</i></b></p> <p>Y êtes-vous allé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>						
<p><b><i>Îles Malouines</i></b></p> <p>Avez-vous participé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>						
<p><b><i>Godthul, île de Géorgie du Sud</i></b></p> <p>Y avez-vous participé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	04/04					
<p><b><i>Grytviken, île de Géorgie du Sud</i></b></p> <p>Y êtes-vous allé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	05/04					

<p><b>Baie de St. Andrews, île de Géorgie du Sud</b></p> <p>Y avez-vous participé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	06/04					
<p><b>Gold Harbour, île de Géorgie du Sud</b></p> <p>Y avez-vous participé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	07/04					
<p><b>Édimbourg des Sept Mers, Tristan da Cunha</b></p> <p>Y avez-vous participé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	13/04					
<p><b>Édimbourg des Sept Mers, Tristan da Cunha</b></p> <p>Y avez-vous participé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	15/04					
<p><b>Île Nightingale</b></p> <p>Y êtes-vous allé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	16/04					

<b>Île Gough</b>  Y êtes-vous allé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	17/04					
<b>Île Sainte-Hélène</b>  Y êtes-vous allé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	24/04					
<b>Île de l'Ascension</b>  Y êtes-vous allé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	27/04					
<b>Autres expéditions à terre auxquelles j'ai participé (liste)</b> _____ _____ _____						

**HISTORIQUE DES CONTACTS À BORD**

- Contact étroit (à moins de 2 mètres) avec une personne présentant *des* symptômes respiratoires ou une personne décédée à bord :  Oui  Non
  - Si oui, avec qui ? – nom ou fonction (s'il s'agit d'un membre d'équipage)
    - \_\_\_\_\_
    - Quel est le lien entre cette personne et vous ? \_\_\_\_\_
    - Quels étaient ses symptômes ? \_\_\_\_\_
    - Veuillez décrire le lieu et la nature du contact étroit \_\_\_\_\_
    - Durée du contact étroit : \_\_\_\_\_
- Avez-vous partagé une cabine avec une personne atteinte d'une maladie respiratoire ou décédée ?  Oui  Non
  - Si oui, avec qui ? \_\_\_\_\_

- Quel est le lien entre cette personne et vous ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous prodigué des soins directs à une personne atteinte d'une affection respiratoire :  Oui  Non
  - Si oui, qui ? \_\_\_\_\_
    - Quels étaient ses symptômes ? \_\_\_\_\_
    - Veuillez décrire la nature des soins prodigués \_\_\_\_\_
    - Quel est le lien entre cette personne et vous ? \_\_\_\_\_
- Veuillez énumérer **tous les autres passagers ou membres d'équipage du navire dont vous vous souvenez, avec lesquels vous avez eu un contact étroit** (voir la définition d'un « contact » ci-dessous) (qu'ils aient présenté ou non des symptômes) **au cours des 1 à 6 semaines précédant l'apparition de vos symptômes** :
  - Passagers (veuillez indiquer leurs noms et leurs cabines si vous les connaissez)
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
  - Guides
    - Noms \_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
    - Si vous ne connaissez pas leurs noms, veuillez les décrire
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
  - Équipage
    - Noms
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
    - Si les noms ne sont pas connus, indiquez la fonction :
      - Capitaine
      - Médecin de bord
      - Autre officier  Homme  Femme
      - Ingénieur  Homme  Femme
      - Personnel de l'hôtel  Homme  Femme
      - Réceptionniste  Homme  Femme
      - Responsable de restaurant  Homme  Femme
      - Barman  Homme  Femme
      - Personnel de cuisine  Homme  Femme
      - Serveur  Homme  Femme
      - Personnel de blanchisserie  Homme  Femme
      - Personnel d'entretien ménager  Homme  Femme
      - Personnel de pont  Homme  Femme
      - Autre membre d'équipage
   
(préciser) \_\_\_\_\_
- Présence de rongeurs observée à bord :  Oui  Non
  - Si oui, décrire \_\_\_\_\_

---

Commentaires

supplémentaires \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**FIN DU FORMULAIRE**

---

**À L'USAGE EXCLUSIF DES AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE :**

**NUMÉRO DE DOSSIER** \_\_\_\_\_

**CLASSIFICATION FINALE DU CAS**

- Probable
  - Confirmé
  - Non-cas
-