**Formulaire de notification des cas de variole simienne – Version 5**

**Modifications par rapport à la version précédente :**

* Variables introduites
  + PlaceOfNotification
  + DateOfNotification
  + AgeMonth
  + Malnutrition
  + Gender
  + SexWorker
  + OtherOccupation
  + IDPCamp
  + HIVTreatment
  + Reinfection
  + MonkeypoxVaccine
  + MonkeypoxVaccine1
  + DateMpxVaccine1
  + BrandMpxVaccine1
  + MonkeypoxVaccine2
  + DateMpxVaccine2
  + BrandMpxVaccine2
  + ClinicalManifestation
  + Complications
  + EpidemiologicalLink
  + ExposureSetting
  + TravelCountryRegion
  + AnimalContactGroup
  + AnimalContactType
  + Transmission
  + DateOfSpecimenCollection
  + DateOfLaboratoryTesting
  + SpecimenType
  + LabMethod
  + GenomicCharacterization
* Variables renommées
  + AnimalContact a été renommée AnimalContactType
  + HealthCareWorker a été renommée HealthWorker
* Variables dont les catégories ont été modifiées
  + Classification du cas : Suspect a été ajoutée
  + SexualBehavior : HETERO, LESBIAN, BISEXUAL, Other ont été ajoutées
  + AnimalContact : catégories Yes, No, Unknown
  + Clade : catégories ajoutées : Clade Ia, Clade Ib, Clade IIa, Clade IIb lineages A, Clade IIb lineages B.1

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Non** | **Information** | **Variable** | **Description** | **Liste** |
| **Section 1.** **Données démographiques sur le cas** | | | | |
| 1 | Numéro d’identification du dossier | RecordID | Identifiant unique du cas | TEXT |
| 2 | Pays à l’origine de la notification | ReportingCountry | Pays où le cas est notifié | [Pays ou territoires] |
| 3 | Lieu où le cas a été notifié (niveau infranational) | PlaceOfNotification | Premier niveau infranational (région ou province) où le cas est notifié. | [Pays AMDIN 1] |
| 4 | Date de la notification | DateOfNotification | Date à laquelle le cas est notifié pour la première fois dans le pays de notification | DATE  (aaaa/mm/jj) |
| 5 | Classification du cas | CaseClassification | Classification du cas | * Confirmé * Probable * Suspect * Ne sais pas |
| 6 | Date du diagnostic | DateOfDiagnosis | Première date du diagnostic clinique ou en laboratoire | DATE  (aaaa/mm/jj) |
| 7 | Âge en années | Age | Âge du cas en années | NUM |
| 7a | Si l’âge est inférieur à deux ans, âge en mois | AgeMonth | Âge du cas en mois  (Si < 2 ans) | NUM |
| 7b | Malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans | Malnutrition | S’il est âgé de <5 ans, l’enfant souffre-t-il de malnutrition ? | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 8 | Sexe | Sex | Sexe à la naissance du cas notifié | * Féminin * Masculin * Autre * Ne sais pas |
| 9 | Genre | Gender | Identité de genre du cas, quel que soit son sexe à la naissance. | * Femme * Homme * Transgenre * Non binaire * Autre * Ne sais pas |
| 10 | Orientation sexuelle | SexualBehavior | Orientation sexuelle du cas | * HETERO = heterosexuel * MSM = HSH/homme homosexuel ou bisexuel * LESBIAN = femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes * BISEXUAL = bisexuel * O = Autre * Ne sais pas |
| 11 | Le cas est-il un soignant ou une soignante ? | HealthWorker | Le cas est-il un soignant ou une soignante ? | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 12 | Le cas est-il un travailleur ou une travailleuse du sexe ? | SexWorker | Le cas est-il un travailleur ou une travailleuse du sexe ? | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 13 | Quelle est la profession du cas ? | OtherOccupation | Quelle est la profession du cas s’il n’est pas soignant ou travailleur du sexe ? | TEXTE |
| 14 | Cas vivant dans un camp de personnes déplacées à l’intérieur de leur propre pays ou de réfugiés | IDPRefugeeCamp | Le cas vit-il dans un camp de personnes déplacées l’intérieur de leur propre pays ou de réfugiés ? | * Oui * Non * Ne sais pas |
| **Section 2.** **Antécédents médicaux** | | | | |
| 15 | Statut gestationnel | Pregnant | Le cas est-il enceinte ou en post-partum ? | * Oui, grossesse, trimestre inconnu * Oui, 1er trimestre de grossesse. Le 1er trimestre va de la 1re semaine à la fin de la 12e semaine. * Oui, 2e trimestre de grossesse. Le 2e trimestre va de la 13e semaine à la fin de la 26e semaine. * Oui, 3e trimestre de grossesse. Le 3e trimestre va de la 27e semaine à la fin de la grossesse. * Post-partum (< 6 semaines) * No = Non * Ne sais pas |
| 16 | Immunosuppression | Immunosuppression | Le cas est-il immunodéprimé ? | * YD = Oui, en raison d’une maladie * YM = Oui, en raison de la prise de médicaments * YRU = Oui, raison inconnue * Non * Ne sais pas |
| 17 | Statut sérologique pour le VIH | VIHStatus | Le cas vit-il avec le VIH ? | * POS = Positif * NEG = Négatif * Ne sais pas |
| 17a | Si la personne vit avec le VIH, prend-elle un traitement contre le VIH ? | HIVTreatment | Le cas suit-il un traitement contre le VIH ?  (Personnes vivant avec le VIH) | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 18 | Réinfection par le virus de la variole simienne | Reinfection | Un diagnostic de variole simienne a-t-il déjà été posé pour ce cas ? | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 19 | Vaccination contre la variole simienne | MonkeypoxVaccine | Le cas a-t-il été vacciné contre la variole ou la variole simienne et combien de doses de vaccin a-t-il reçu ? | * NOTVACC = 0 dose (non vacciné) * 1DOSE = 1 dose * 2DOSE = 2 doses * DOSEUNK = nombre de doses inconnu * Ne sais pas |
| 19a | Première dose de vaccin contre la variole simienne | MonkeypoxVaccine1 | Le cas a-t-il reçu une première dose de vaccin contre la variole ou la variole simienne dans le cadre de l’événement en cours ? | * Oui – prophylaxie pré-exposition * Oui – Prophylaxie postexposition * Non * Ne sais pas |
| 19a1 | Si MonkeypoxVaccine1 Oui, date de la vaccination | DateMpxVaccine1 | Date de la première dose de vaccin contre la variole ou la variole simienne  *(mois et année approximatifs si la date exacte n’est pas connue)* | DATE  (aaaa/mm/jj) |
| 19a2 | Si MonkeypoxVaccine1 Oui, marque du vaccin | BrandMpxVaccine1 | Quelle est la marque de la première dose de vaccin ? | * MVA-BN * LC16 * ACAM2000 * Autre * Ne sais pas |
| 19b | Deuxième dose de vaccin contre la variole simienne | MonkeypoxVaccine2 | Le cas a-t-il reçu une deuxième dose de vaccin contre la variole ou la variole simienne ? | * Oui – prophylaxie pré-exposition * Oui – Prophylaxie postexposition * Non * Ne sais pas |
| 19b1 | Si MonkeypoxVaccine2 Oui, date de la vaccination | DateMpxVaccine2 | Date de la deuxième dose de vaccin contre la variole ou la variole simienne  *(mois et année approximatifs si la date exacte n’est pas connue)* | DATE  (aaaa/mm/jj) |
| 19b2 | Si MonkeypoxVaccine2 Oui, marque du vaccin | BrandMpxVaccine2 | Quelle est la marque de la deuxième dose de vaccin ? | * MVA-BN * LC16 * ACAM2000 * Autre * Ne sais pas |
| **Section 3.** **Tableau clinique** | | | | |
| 20 | Symptoms | Symptômes | Le cas présente-t-il/a-t-il présenté des symptômes ? | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 20a | Pour les cas symptomatiques, date d’apparition des symptômes | DateOfOnset | Date d’apparition des premiers symptômes | DATE  (aaaa/mm/jj) |
| 20b | Pour les cas symptomatiques, liste des symptômes | ClinicalManifestation | Liste des symptômes que le cas présente lors de la première consultation ou a présentés et qui sont probablement liés à la variole simienne.  *(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)* | * RASH = Lésions cutanées/muqueuses (sauf dans la sphère orale ou ano-génitale) * GENITAL = Lésions dermatologiques de la peau et des muqueuses dans la sphère anogénitale * ORAL = Lésions dermatologiques de la peau et des muqueuses dans la sphère orale * RASHLOCUNK = Lésions cutanées/muqueuses dont la localisation n’est pas connue * FEVER = Fièvre * LYMPH = Polyadénopathies * LOCALLYMPH = Adénopathies localisées * LYMPHLOCUNK = Adénopathies dont la localisation n’est pas connue * MUSC = Douleurs musculaires (myalgies) * THROAT = Maux de gorge * FATIGUE = Fatigue * CHILLS = Frissons ou sueurs * HEADACHE = Maux de tête * CONJ = Conjonctivite * VOMIT = Vomissements/nausées * COUGH = Toux/symptômes respiratoires * PROCT = Douleurs et/ou saignements anogénitaux * DIARR = diarrhée * GENITEDEM = Œdème/gonflement des tissus mous génitaux * OTHER = Autres symptômes (précisez) |
| 21 | Hospitalization | Hospitalisation | Le cas a-t-il été hospitalisé ? *(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)* | * YISOL = oui, à des fins d’isolement * YTREAT = oui, en raison d’impératifs cliniques * YUNK = oui, pour une raison inconnue * Non * Ne sais pas |
| 22 | Soins intensifs | IntensiveCare | Cas admis dans une unité de soins intensifs ou une unité de surveillance continue | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 23 | Complications | Complications | Le cas a-t-il eu des complications ?  *(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)* | * NONE = Aucune * ARDS = Syndrome de détresse respiratoire aiguë * LRTI = Infection des voies respiratoires inférieures (par exemple, pneumonie) * MENINGENCEPH = Méningo-encéphalite MYOCARD = Myocardite * KERATITIS = Infection de la cornée * RETROPHARYNXABSC = Abcès rétropharyngé * SEPSIS = Sepsis * SEVEREDEHYDRA= Déshydratation sévère * STILLBIRTH = Mortinaissance (pour les femmes enceintes) * SSTI = Surinfection bactérienne de la peau et/ou des tissus mous * OTHBAC = Autre surinfection bactérienne * O = Autres (préciser) * Ne sais pas |
| 24 | Issue de la maladie/état du cas | Issue | Quelle est l’issue de la maladie ou quel est l’état du cas ? | * Vivant * Décédé * Ne sais pas (perdu de vue) |
| 24a | Si le cas est décédé, indiquez la date du décès. | DateOfDeath | Date à laquelle le cas est décédé | DATE  (aaaa/mm/jj) |
| **Section 4.** **Exposition**  **Les modes d’exposition ci-dessous se rapportent à la période allant de la consultation à 3 semaines avant l’apparition des symptômes ou le diagnostic** | | | | |
| 25 | Contact avec un cas | EpidemiologicalLink | Le cas a-t-il été en contact avec une personne présentant des symptômes similaires, avec un cas confirmé connu ou avec du matériel contaminé (liquides corporels, objets, literie, etc.) ? | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 25a | En cas de contact avec un cas, où ce contact a-t-il eu lieu ? | ExposureSetting | Où l’exposition au cas infectieux a-t-elle le plus probablement eu lieu ?  *(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)* | * HOUSE = Au sein du foyer * WORK = Sur le lieu de travail * SCHOOL= À l’école/la crèche * HEALTH = Dans un établissement de soins (ou un laboratoire) * COMMUNITY= Au cours d’activités dans la communauté * SEXVENUE : lieu où l’on propose des rapports sexuels tarifés * SOCIALSEX : réception avec contact sexuel * OTHER * Ne sais pas |
| 26 | Voyages | Travel | Le cas a-t-il voyagé dans un autre pays ou une autre région du pays au cours des trois dernières semaines ? | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 26a | Si le cas a voyagé à l’étranger, quels pays ? | TravelCountry | Dans quel(s) pays(s) le cas a-t-il voyagé au cours des trois dernières semaines ? | [Pays ou territoires] |
| 26b | Si le cas a voyagé à l’étranger, quelle région du pays ? | TravelCountryRegion | Dans quelle région du pays le cas a-t-il voyagé ? | [Régions de pays] |
| 27 | Contact avec des animaux | AnimalContact | Le cas a-t-il été directement en contact avec un animal ou ses parties (sauf dans le cadre d’une production à des fins commerciales) 21 jours avant l’apparition des symptômes ? | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 27a | Si la réponse à « Contact avec des animaux » est oui, de quel groupe d’animaux s’agit-il ? | AnimalContactGroup | Avec quel(s) groupe(s) d’animaux le cas a-t-il été en contact ?  *(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)*  *(les écureuils font partie des rongeurs)* | * PET = Animaux domestiques, à l’exclusion des rongeurs * PETRODENTS = Rongeurs de compagnie * WILD = Animaux sauvages, à l’exclusion des rongeurs * WILDRODENTS = Rongeurs sauvages * Autres |
| 27b | Si la réponse à « Contact avec des animaux » est oui, quel est le type de contact ? | AnimalContactType | Quel type de contact le cas a-t-il eu avec l’animal ?  *(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)* | * HUNT = chasse, abattage * PREPARE = dépeçage * HANDLING = manipulation, caresses, partage de l’espace de vie * CONSUME = consommation de parties d’animaux mal cuites/crues * Other = autres utilisations de produits d’origine animale non transformés (par exemple, peaux, médicaments) |
| 28 | D’après les informations précédemment communiquées, quel est le mode de transmission le plus probable ? | Transmission | D’après les informations précédemment communiquées, quel est le mode de transmission le plus probable ? | * ANIMAL = Transmission de l’animal à l’être humain * FOMITE = Contact avec des objets contaminés (par exemple, literie, vêtements, ustensiles) * HAI = Infection associée aux soins de santé * LAB = Transmission dans un laboratoire à la suite d’une exposition professionnelle * MTCT = Transmission de la mère à l’enfant pendant la grossesse ou à l’accouchement * OTHER = Autre mode de transmission * PTP = Transmission interhumaine (à l’exclusion de la transmission de la mère à l’enfant, associée aux soins de santé ou par contact sexuel) * SEX = Transmission par contact sexuel * TRANSFU = transmission parentérale, y compris lors de la consommation de drogues par voie intraveineuse ou d’une transfusion * Ne sais pas |
| **Section 5.** **Informations des laboratoires** | | | | |
| 29 | Date de prélèvement de l’échantillon | DateOfSpecimenCollection | Date à laquelle l’échantillon a été prélevé | DATE  (aaaa/mm/jj) |
| 30 | Date des analyses de laboratoire | DateOfLaboratoryTesting | Date à laquelle l’échantillon a été analysé/les résultats ont été obtenus | DATE  (aaaa/mm/jj) |
| 31 | Échantillon pour le diagnostic | SpecimenType | Quel échantillon a été analysé pour le diagnostic (testé positif) ?  *(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)* | * SWAB = Échantillons de lésions cutanées, y compris des écouvillonnages de la surface et/ou des exsudats des lésions et des tissus de plusieurs lésions) * CRUST = Croûte * OROPH = Écouvillonnage oropharyngé * URINE = Urine * SEM = Sperme * GENITAL = Écouvillon génital * RECTAL = Écouvillon rectal * BLOOD = Sang * CSF = Liquide céphalorachidien * Autre |
| 32 | Méthode de laboratoire | LabMethod | Quelle méthode de laboratoire a été utilisée pour analyser l’échantillon à des fins de diagnostic ?  *(sélectionnez toutes les réponses qui conviennent)* | * MPX PCR = PCR positive spécifique à l’orthopoxvirus simien * Ortho PCR = PCR positive pour les orthopoxvirus * PCR spécifique au clade * Sequencing = Séquençage * Serology = Sérologie * Autres |
| 33 | Caractérisation génomique | GenomicCharacterization | Indiquez si une caractérisation génomique a été effectuée. | * Oui * Non * Ne sais pas |
| 33a | En cas de caractérisation, quel est le clade ? | Clade | Clade du virus de la variole simienne si le séquençage a été effectué | * Clade I (sous-clade inconnu) * Clade II (sous-clade inconnu) * Clade Ia * Clade Ib * Clade IIa * Lignées A du clade IIb * Lignées B.1 du clade IIb |

**Outil de capture de données**

L’OMS a préparé un fichier Excel contenant des macros pour faciliter la saisie des données lorsqu’il n’y a pas d’autres outils officiels de saisie des données. Le fichier contient deux feuilles :

* La feuille Metadata (Métadonnées) contient toutes les variables ci-dessus (classées par ordre alphabétique) accompagnées d’une brève description et des réponses possibles.
* La feuille Data (Données) est destinée à recueillir les informations sur chaque cas. Une ligne correspond à un cas de variole simienne. Cette feuille est formatée strictement et contient plusieurs règles de validation qui permettent de sélectionner les réponses pour chaque question et d’avoir plusieurs réponses pour les questions récurrentes. Les règles de validation se trouvent dans une feuille cachée et le fichier est protégé par un mot de passe, afin d’éviter une violation des règles de validation.

Le fichier est intégré ci-dessous. Lors de l’ouverture du fichier, veuillez activer les macros, ou NE PAS désactiver les macros, comme suggéré par Excel, pour pouvoir utiliser les fonctionnalités de la feuille de données mentionnées ci-dessus, et lors de l’enregistrement, veuillez conserver le format .xlsm et ne pas choisir le format .xls, ce qui entraînerait la perte du formatage et de la validation de la feuille de données. Si vous avez besoin d’aide pour le fichier, envoyez un message à l’adresse [emergency-surveillance@who.int](mailto:emergency-surveillance@who.int).

