

**DÉCLARATION ORTHOPOXVIROSE SIMIENNE**  
enquête épidémiologique 2022

Numéro SI-GMI:

IDENTIFICATION DU CAS		
Prénom : _____	Nom : _____	Milieu de travail : <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> aucun
Adresse : _____ <input type="checkbox"/> SDF		<input type="checkbox"/> réseau de la santé _____
n° rue _____	ville _____	code postal _____
Téléphone : _____ (principal) _____ (autre)		<input type="checkbox"/> milieu de garde _____
Date de naissance : ____a / ____m / ____j	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H trans <input type="checkbox"/> F trans	<input type="checkbox"/> refuge _____
NAM : _____	Personne enceinte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> autre _____
		Sexe des partenaires : <input type="checkbox"/> inconnu
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H trans <input type="checkbox"/> F trans

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
Signes et symptômes	Date de début aaaa / mm / jj	Date de fin aaaa / mm / jj	Autres observations cliniques :
<input type="checkbox"/> Éruption cutanée			_____
<input type="checkbox"/> Papules	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Pustules	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Ulcères douloureux	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Autre(s) lésion(s) dermatologique(s), préciser : _____	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Symptômes systémiques			_____
<input type="checkbox"/> Fièvre	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Céphalée	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Myalgie	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Arthralgie	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Dorsalgie	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Lymphadénopathies	____/____/____	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Autre(s) symptôme(s) systémique(s), préciser : _____	____/____/____	____/____/____	_____

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

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

Investigations	Date du prélèvement	Autres investigations pertinentes :
<input type="checkbox"/> PCR orthopoxvirus simien	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Virus de l'herpès simplex	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Syphilis	____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Virus varicella-zoster	____/____/____	_____

HÉMOVIGILANCE ET HISTOVIGILANCE		
Réception de sang / produits sanguins / organe depuis le mois précédant le début de la maladie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Don de sang / produits sanguins / organe depuis les 21 jours précédant le début de la maladie?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

CONTACTS SIGNIFICATIFS AVEC DES PERSONNES À RISQUE DE COMPLICATIONS		
Enfant (<12 ans) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personne enceinte : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personne immunosupprimée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

IDENTIFICATION DU DÉCLARANT		
Nom du déclarant : _____	No permis : _____	Téléphone : (____) ____-____
Adresse : _____	n° rue _____	ville _____
	code postal _____	_____a / ____m / ____j
		Signature du déclarant _____