



QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DES CAS

SECTION À REMPLIR PAR LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

SOMMAIRE DU CAS OU DU CONTACTS SOUS INVESTIGATION

Nom : _____ Sexe : ____ Age : ____ DDN : _____

AAAA-MM-JJ

☐ Saisie V10 (Code V10) : _____ Code Dossier DSP : _____

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

PRISE EN CHARGE

Nom de l'enquêteur : _____ Date de l'enquête : _____

AAAA-MM-JJ

Code RSS d'enquête: _____ Statut de l'enquête : ☐ En cours ☐ Terminée ☐ Perdu au suivi

DÉCLARATION

Type de déclaration : ☐ Laboratoire ☐ Médecin ☐ Identifié par enquête de la DSPublique

Date de réception de la déclaration en DSPublique : _____

AAAA-MM-JJ

Si MD déclarant : Nom : _____ Tél. : _____

LABORATOIRE

Centre de prélèvement : _____

RSS du Centre du prélèvement : _____ Date du prélèvement : _____

AAAA-MM-JJ

Laboratoire d'analyse (annexe 1)

☐ CHAUR Trois-Rivières ☐ Charles Le Moyne ☐ Chicoutimi ☐ CHUM ☐ CHUQ ☐ CHUS ☐ CUSM ☐ Verdun

☐ Général juif ☐ Hôtel-Dieu Lévis ☐ LSPQ ☐ Maisonneuve Rosemont ☐ Sacré-Cœur ☐ Sainte-Justine

☐ Autre : _____

Date du résultat : _____

AAAA-MM-JJ

Résultat : ☐ Positif ☐ Équivoque

STATUT ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Statut*	Date de validation du statut (AAAA-MM-JJ)
<input type="checkbox"/> Cas confirmé	
<input type="checkbox"/> Cas confirmé par lien épidémiologique	
<input type="checkbox"/> Cas probable	
<input type="checkbox"/> Contact	

☐ HORS QUÉBEC*

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

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



1. ENQUÊTE DU CAS OU DU CONTACT

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Nom* : _____ **Prénom*** : _____

Date de naissance* : _____ **Âge** : _____ **Sexe*** : ☐ H ☐ F
AAAA-MM-JJ

NAM (obligatoire)* : _____

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

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec le cas : ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur

COORDONNÉES DE LA PERSONNE

Adresse* : _____

Ville* : _____ **Code postal*** : _____

☐ Résidence ☐ Suivi 14 jours

TÉLÉPHONES

Résidentiel : _____ Cellulaire : _____

Bureau : _____ poste : _____

Adresse courriel : _____

DESCRIPTION DE LA PERSONNE

☐ **Sans domicile fixe***

Autochtone* : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui : ☐ Premières nations ☐ Inuit ☐ Inconnu

Réside sur une réserve : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Réside en milieu fermé* : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui : ☐ CHSLD ☐ RPA ☐ Prison ☐ Autre

Préciser (Nom du milieu) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Contact dans le milieu : _____

Téléphone : _____ poste : _____

Adresse courriel : _____

OCCUPATION

Travailleur de la santé* : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui : ☐ CH ☐ CHSLD ☐ Laboratoire ☐ Premier répondant (santé)

Lieu de travail : _____

OCCUPATION (SUITE)

Travailleur en école ou garderie* :☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Nom du milieu : _____

Travailleur fournissant des services jugés essentiels* : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui : Préciser l'emploi (Annexe 2) : _____

Travailleur en milieu à risque d'éclosion* : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui : ☐ RPA ☐ Prison ☐ CH ☐ CHSLD ☐ Commerce avec service à la clientèle ☐ Autre

Préciser (Nom du milieu) : _____

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

SYMPTÔMES

☐Asymptomatique

Date de début des symptômes* : _____
AAAA-MM-JJ

Période de contagiosité DU _____ + 14 jours AU _____
Date de début des symptômes AAAA-MM-JJ

Toux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Fièvre (>=38°C)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Fébrilité/Frissons (température non prise)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Maux de gorge	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Écoulement nasal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Essoufflement difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Nausées vomissements	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Maux de tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Faiblesse généralisée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Douleur (musculaire, thoracique, abdominale etc.)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Irritabilité confusion	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Inc.
Autres (préciser) : _____			

Contact asymptomatique,
aller à la section ENQUÊTE CONTACT

Cas confirmé par laboratoire ou
Cas confirmé par lien épidémiologique,
aller à la section ENQUÊTE CAS

2. ENQUÊTE DU CONTACT-	
Évaluation par la santé publique	
Niveau de risque : <input type="checkbox"/> Élevé <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Faible	
Contact rapporté par un cas : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom du cas : _____	No V10 : _____
Date de la dernière exposition au cas : _____ AAAA-MM-JJ	
Type de contact avec ce cas (un seul choix) :	
<input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> Milieu de travail	
<input type="checkbox"/> Milieu scolaire <input type="checkbox"/> Service de garde <input type="checkbox"/> Transport public	
<input type="checkbox"/> Autre milieu de soins, précisez : _____	
Autres types de contact : <input type="checkbox"/> Éclosion, précisez : _____	

FIN DU QUESTIONNAIRE

3. ENQUÊTE DU CAS

INFORMATION SUR LES EXPOSITIONS DU CAS

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

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

	Destination origine et destination	Date d'arrivée au Québec AAAA-MM-JJ	Date de départ du Québec AAAA-MM-JJ	Hôtel lieu de résidence
1				
	Détails du transporteur			
2				
	Détails du transporteur			
3				
	Détails du transporteur			
4				
	Détails du transporteur			

CONTACT AVEC UN CAS CONNU

Contact avec un cas confirmé de COVID-19* ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui : Nom de ce cas : _____ No V10 : _____

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

Préciser le type de contact avec le cas connu :

- ☐ Non investigué
- ☐ Familial
- ☐ CHSLD
- ☐ RPA
- ☐ C. Hospitalier
- ☐ Autre milieu de soins
- ☐ Prison
- ☐ École
- ☐ Garderie
- ☐ Milieu de travail
- ☐ Transport
- ☐ Autres

Nom du milieu : _____

Le cas connu a voyagé hors Canada : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si non ou inconnu : Contact avec une personne symptomatique qui aurait voyagé hors Québec

☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Nom du contact : _____

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

Le cas est associé à une éclosion connue : ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Si oui : précisez le milieu associé à cette éclosion :

Nom du milieu : _____

Précision (No Éclosion) : _____

Autres milieux d'acquisition suspectés

Si le cas n'a pas voyagé, n'a pas eu de contact avec un cas confirmé, n'est pas associé à une éclosion :
Au cours des 14 jours précédant les symptômes, le cas a fréquenté des milieux où il aurait été en contact avec des personnes symptomatiques*

☐ Oui (Milieux suspectés) ☐ Non (Aucune source d'acquisition suspectée)

Si oui compléter le tableau

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

Renseignements complémentaires sur les milieux suspectés :

CONDITIONS MÉDICALES PRÉEXISTANTES ET FACTEURS DE RISQUES AVANT DE DEVENIR MALADE		
Conditions	Commentaires : (préciser si nécessaire)	
Hypertension	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Maladie cardio-vasculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Troubles neurologiques ou neuro-musculaires	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Immunosupprimée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Maladie hépatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Post-partum ≤ 6 semaines	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Grossesse	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Maladie du rein	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Maladie respiratoire (ex. : emphysème, bronchite chronique)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Obésité sévère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Tabagisme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.
Autres, préciser	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.

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

ÉVALUATION, COMPLICATIONS ET DIAGNOSTICS CLINIQUES DU CAS			
Gravité		Date de début AAAA-MM-JJ	Date de fin AAAA-MM-JJ
Isolement à domicile <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.			
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.			
Unité de soins intensifs* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.			
Ventilation mécanique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.			
Évolution du cas*	<input type="checkbox"/> Rétabli <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Détérioré <input type="checkbox"/> Décédé	Date de l'évaluation* : _____ AAAA-MM-JJ	
INFORMATION SUR LE DÉCÈS			
Décès lié à une maladie respiratoire* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc.			
Cause du décès : _____		Date du décès : _____ AAAA-MM-JJ	
NOTES :			
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>			

SIGNATURE	DATE

Annexe 2 Liste des laboratoires d’analyse

- CHAUR Trois-Rivières
- CH Charles Le Moyne
- CH Chicoutimi
- CH Rimouski
- CHUM
- CHUQ
- CHUS
- CUSM
- Hôpital de Verdun
- Hôpital général juif
- Hôtel-Dieu de Lévis
- LSPQ
- Maisonnette-Rosemont
- Sacré-Cœur
- Sainte-Justine

Annexe 2 Exemples d’emploi de « Travailleur fournissant des services jugés essentiels

Pour aider à répondre à la question :

Travailleur fournissant des services jugés essentiels* Si oui, préciser l’emploi

Secteur	Emplois (exemples)
Services de soins de santé et de services sociaux prioritaires par exemple	<ul style="list-style-type: none">Services à domicile aux aînés, aux personnes handicapées et aux personnes vulnérablesRessources spécialisées pour des clientèles vulnérables (Jeunes en difficultés, violence conjugale, immigration, itinérance)Centre de protection de l’enfance et de la jeunesse
Services de sécurité publique	<ul style="list-style-type: none">PoliciersContrôleurs routiersPompiersEnquêteursAgences de sécurité, agents correctionnels, etc.
Services gouvernementaux et autres activités prioritaires	<ul style="list-style-type: none">Collecte de déchets et gestion des matières résiduelles.Banques alimentaires et Organismes communautairesServices municipaux (égouts, traitement de l'eau...)InspecteursVétérinairesServices aériens gouvernementaux.Centres de prévention du suicide
Activités manufacturières (industries, usines) prioritaires	<ul style="list-style-type: none">Production de biens alimentaires (ex. : entreprises agricoles, transformation alimentaire, breuvage, abattoirs, production maraîchère)Fabrication d’instruments, de produits médicaux et de produits sanitairesPétrole, essence (production, distribution)
Commerces prioritaires	<ul style="list-style-type: none">Épiceries, dépanneurs et autres commerces (ex. SAQ, SQDC)Salons funérairesHôtelsNettoyeursDéménageursPharmacies
Médias et télécommunications	<ul style="list-style-type: none">Câblodistributeurs, téléphonieImprimeurs (uniquement pour l’impression des journaux)
Services bancaires, financiers et autres	
Construction Et entretien et maintien des infrastructures publiques et privées	<ul style="list-style-type: none">Firmes de construction pour réparations d’urgence ou pour fins de sécuritéÉlectriciens, plombiers et autres corps de métiers pour des services d’urgenceEntretien et maintien des infrastructures : ponts, barrages, édifices municipaux, etc.
Maintenance et opérations des infrastructures stratégiques	<ul style="list-style-type: none">Production, approvisionnement, transport et distribution d’énergie (hydroélectricité, énergies fossiles, éolien, biomasse)Services informatiquesServices municipaux (eau, égout, ordures) ou provinciaux
Services de maintenance et d’entretien des édifices et autres bâtiments	<ul style="list-style-type: none">Nettoyage et entretien ménagerExterminateursEntretien des édifices (ascenseurs, ventilation, alarme, etc.)Entretien et réparation d’électroménagers
Services prioritaires de transport et logistique	<ul style="list-style-type: none">Autobus, métro, avions, train, gare, taxi, ports, aéroports, aérogaresService de la posteStations-servicesTransport, entreposage, distribution et livraison de biens ou marchandises