



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 : _____ Résultat : Positif Équivoque
AAAA-MM-JJ

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 AAAAA-MM-JJ

Toux Oui Non Inc.

Fièvre (>=38°C) Oui Non Inc.

Fébrilité/Frissons (température non prise) Oui Non Inc.

Maux de gorge Oui Non Inc.

Écoulement nasal Oui Non Inc.

Essoufflement difficultés respiratoires Oui Non Inc.

Nausées vomissements Oui Non Inc.

Maux de tête Oui Non Inc.

Faiblesse généralisée Oui Non Inc.

Douleur (musculaire, thoracique, abdominale etc.) Oui Non Inc.

Irritabilité confusion Oui Non Inc.

Diarrhée Oui Non 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 : Élevé Modéré Faible

Contact rapporté par un cas : Oui 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) :

Familial CH CHSLD RPA Milieu de travail

Milieu scolaire Service de garde Transport public

Autre milieu de soins, précisez : _____

Autres types de contact : 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.	

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
Maisonneuve-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 vulnérables ○ Ressources 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"> ○ Policiers ○ Contrôleurs routiers ○ Pompiers ○ Enquêteurs ○ Agences 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 communautaires ○ Services municipaux (égouts, traitement de l'eau...) ○ Inspecteurs ○ Vétérinaires ○ Services 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 sanitaires ○ Pétrole, essence (production, distribution)
Commerces prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> ○ Épicerie, dépanneurs et autres commerces (ex. SAQ, SQDC) ○ Salons funéraires ○ Hôtels ○ Nettoyeurs ○ Déménageurs ○ Pharmacies
Médias et télécommunications	<ul style="list-style-type: none"> ○ Câblodistributeurs, téléphonie ○ Imprimeurs (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 sécurité ○ Électriciens, plombiers et autres corps de métiers pour des services d'urgence ○ Entretien 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 informatiques ○ Services 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 ménager ○ Exterminateurs ○ Entretien 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, aéroports ○ Service de la poste ○ Stations-services ○ Transport, entreposage, distribution et livraison de biens ou marchandises