

**Document à l'intention des cliniciens**

**Document d'aide à la classification d'un cas suspect d'infection à MERS-Coronavirus (MERS-CoV) (Fiche 1)**

La définition de cas en vigueur est disponible sur [le site de Santé publique France](http://www.santepubliquefrance.fr)

**1. Signalement**

Date du signalement : .....

Nom de la personne effectuant le signalement : .....

Organisme : ..... Etablissement : .....

..... Service : .....

Département: ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Nom et coordonnées de la personne ayant reçu le signalement : .....

.....

Téléphone : .....

**2. Identité du patient**

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F  Date de naissance : ..... ou âge : ..... (années) ou en (mois) .....

Adresse du domicile en France : .....

Commune : ..... Code Postal : .....

Tel domicile : ..... Tel portable : ..... Profession : .....

**3. Expositions à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes cliniques**

**A - Séjour ou transit** dans une zone considérée à risque\* Oui  Non

\*Zone à risque : se référer à la définition de cas disponible sur le site de l'ANSP

Si oui, Précisez : Pays Date d'arrivée Date de départ  
 .....  
 .....

Type de séjour /voyage : Tourisme  Pèlerinage  Résidence  Escale  Autre  Précisez : .....

**B - Contact étroit\*\*** avec un cas possible ou confirmé d'infection à MERS-CoV pendant sa phase symptomatique

\*\* contact étroit, en face à face à moins d'1 mètre ou lors du soin en l'absence de précautions optimales (précautions Standard + Air + Contact)

Oui  Non  NSP

Si oui, précisez : .....

Date de dernière exposition à ce cas possible ou confirmé : ..... identifiant de ce cas |.....|

**C - Contact avec un établissement de santé de la zone à risque\*** Oui  Non  NSP

Si oui : Précisez Type de contact : Travail  Hospitalisation  Consultation  Visite

Précisez le type et coordonnées si établissement de santé : .....

Dates du contact ou séjour : du ..... au .....

**D - Contact proche avec un dromadaire ou un produit issu de l'animal**

(lait non pasteurisé, viande crue, urine) Oui  Non  NSP

Si oui, précisez, le type d'animal et de contact : ..... Date du dernier contact : .....

**E - Cas lié à une situation de cas groupés d'infections respiratoires aiguës graves hospitalisées** Oui  Non  NSP

Si oui, précisez, le lieu et nombre de personnes symptomatiques et les symptômes : .....

**4. Dans l'entourage du cas**

Y a-t-il une (des) personne(s) également symptomatique(s)? Oui  Non  NSP

Si oui précisez : Conjoint  ..... Autre personne vivant sous le même toit  .....

Voisins, collègues de travail  ..... Autres  .....

### 5. Terrain et antécédents médicaux du cas (pathologie chronique / immunodépression)

Aucun antécédent	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Cardiopathie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Pathologie respiratoire chronique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Obésité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Pathologie rénale chronique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		
Grossesse en cours	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		
Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Si oui, précisez : .....		

### 6. Caractéristiques cliniques du cas suspect

Date de début des signes cliniques : .....

**Signes cliniques au moment du signalement** (Cochez les cases correspondantes et précisez les dates d'apparition)

Fièvre, précisez : .....°C Le : .....  Prise d'antipyrétique dans les 6 heures

Fièvre antérieure si pas de fièvre au moment du signalement : précisez : .....°C le : .....

Syndrome fébrile sans fièvre objectivée

Toux date : .....  Dyspnée date : .....

SDRA date : .....  Diarrhée date : .....

Autres signes cliniques Précisez : .....

Auscultation pulmonaire anormale

Tableau évocateur d'infection du parenchyme pulmonaire. Précisez : .....

Tableau clinique sévère. Précisez : .....

Saturation O2 ..... % Date ..... Fréquence respiratoire : ..... Date .....

**Examens radiologiques**

Radiographie du thorax  Date: ..... Normale  Atteinte du parenchyme  Autre  Précisez .....

Autres examens :

**Autres étiologies recherchées**  Oui  Non Si oui, précisez lesquelles et résultats : .....

**Eléments biologiques éventuels:** .....

**Commentaires :** .....

### 7 Classement du cas

**Critères pour le classement**

Exposition à risque dans les 14 jours qui précèdent la date de début des signes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau clinique compatible avec la définition de cas	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tableau radiologique compatible avec la définition de cas	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Personne(s) contactée(s) pour aide au classement du cas**

Aucune  Autre clinicien  Infectiologue  Epidémiologiste /Autre

Coordonnées de(s) la personne(s) contactée(s) : .....

Cas nécessitant une ré-évaluation avant classement

**Date du classement :** .....  Cas exclu  
 Cas répondant à la définition de cas possible nécessitant l'appel de l'ARS pour classement

Nom et Coordonnées de la personne de l'ARS contactée : .....

Téléphone : .....

**Conclusion du classement avec ARS**  Cas possible  Cas exclu  Cas nécessitant une ré-évaluation avant classement

Commentaires : .....

**Si nouvelle évaluation du cas :** Date .....  Cas possible  Cas exclu

Commentaires : .....