

## INFECTION À SARS-COV-2 QUESTIONNAIRE D'UN SUJET CONTACT OU D'UN CO-EXPOSÉ D'UN CAS DE COVID-19

### Ce questionnaire est destiné :

- au sujet contact d'un cas confirmé de COVID-19 symptomatique pour lequel le niveau de risque de contamination par le cas confirmé est évalué comme étant **faible ou modéré à élevé**
- au sujet co-exposé à personne ayant présenté une (des) symptomatologie(s) à risque d'infection par le virus SARS-COV-2 confirmée(s) avec et/ou confirmé, sans nécessairement avoir eu des contacts directs avec le cas confirmé.

Un contact direct à risque modéré à élevé est une personne qui a partagé le même lieu de vie par exemple : famille, même chambre que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas atteint pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toue, d'un éternuement ou lors d'une discussion. Et, avec mêmes modes de tenue ou de tenue : même du cas être un moyen de transport de manière prolongée (personne partageant des sièges à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats).

La définition précise d'un sujet contact d'un cas confirmé sera définie en fonction de la situation.

**Il s'agit contact est un personnel de santé assurant et réalisant les tests, offrir la fiche dédiée.**

Identifiant du sujet :        
(Date - 07 déc 2020)

Identifiant du cas confirmé :        
(en face avec le sujet (date - 07)

Expéditeur : \_\_\_\_\_ Date du 1<sup>er</sup> entretien :

Sujet contact

co-exposé

### 1. Identifiants et coordonnées utiles

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Sexe : M  F  Date de naissance :    au Age :  (années)  
 Adresse de domicile en France : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_ Code Postal :    
 Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_  
 Fax : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal :   Commune : \_\_\_\_\_

### 2. Traitements et antécédents médicaux du sujet contact ou co-exposé d'un cas confirmé de COVID-19

Aucun antécédent Oui  Non  NSP  Cardiopathie Oui  Non  NSP   
 Pathologie respiratoire chronique Oui  Non  NSP  Obésité Oui  Non  NSP   
 Pathologie urinaire chronique Oui  Non  NSP  Diabète Oui  Non  NSP   
 Traitement immunosuppresseur (corticostéroïdes, chimiothérapie, traitement anti-viral etc.) Oui  Non  NSP   
 Grossesse en cours Oui  Non  NSP  Autre immunosuppresseur Oui  Non  NSP   
 Autres Oui  Non  NSP  Si oui précisez : \_\_\_\_\_