

**Fiche de signalement d'un cas suspect d'infection à Mers-CoV
à faxer à l'ONMNE au (71.894.533)**

A envoyer avec les prélèvements au Laboratoire de virologie HCN

Coordonnées du médecin déclarant (Tampon)																																											
Nom Prénom -----		Tél -----	Fax/email -----																																								
Hôpital-----		Service-----																																									
Le malade a-t-il voyagé à la péninsule arabe ou les pays voisins dans les 14 jours précédents le début des signes <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																																											
Si oui, préciser dans quel pays -----, date d'arrivée			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											D	D	M	M	Y	Y	Y	Y																						
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y																																				
Nom Prénom ----- -----		Date de naissance <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												D	D	M	M	Y	Y	Y	Y																						
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y																																				
		Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F																																									
Adresse et code postal du domicile du patient ----- -----		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																									
Date de début des signes <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			Date du 1^{er} prélèvement <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>												D	D	M	M	Y	Y	Y	Y		
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y																																				
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y																																				
Informations cliniques durant les 14 derniers jours																																											
Fièvre	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Pneumonie	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																																								
Toux	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Détresse respiratoire	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																																								
Myalgies/courbatures	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Diarrhée	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																																								
Autres, préciser	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	-----																																									
Facteurs de risque,	Diabète <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Maladie respiratoire <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Immunodépression <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																																								
	Autres, préciser	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	-----																																								
Patient hospitalisé	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Hôpital	-----																																								
Date d'hospitalisation	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			Service	-----																				
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y																																				
Diagnostic ayant motivé l'hospitalisation																																											

Définition de cas suspect

a-Toute personne ayant Voyagé ou séjourné à la péninsule arabe ou les pays voisins listés ci-dessous et qui au cours des 14 jours après son retour a présenté :	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<ul style="list-style-type: none"> – Des signes cliniques et/ou radiologiques de détresse respiratoire aigue ou d'infection du parenchyme pulmonaire – AVEC une fièvre ($\geq 38^{\circ}$ C) ET de la toux; – ET Sans autre étiologie pouvant expliquer la symptomatologie 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
b-tout contact (famille, soignant) d'un cas suspect ou confirmé, ayant présenté une infection respiratoire aigue dans les 14 jours suivant le dernier contact avec le cas suspect ou confirmé pendant que ce dernier était malade	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Définition de cas confirmé	
– Un cas suspect avec prélèvement indiquant la présence du nouveau coronavirus Mers-cov	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Liste des pays considérés à risque¹Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats Arabes Unis, Irak, Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Qatar, Syrie, Palestine et le Yémen.

¹ Cette liste sera actualisée en fonction de l'évolution de l'épidémiologie du Mers-Cov, <http://www.who.int/csr/disease/coronainfection/en/>