

**FICHE DE SIGNALEMENT D'UNE HOSPITALISATION (HO 1)  
POUR UN CAS CONFIRME OU PROBABLE DE GRIPPE A(H1N1)2009**

**Identification du patient**

Nom: ..... Prénom: .....  
Sexe : Masculin  Féminin  Date de naissance : (jj/mm/aaaa)  
Délégation de domicile : .....

**Coordonnées du médecin déclarant**

Nom. .... Prénom : .....email : .....  
Hôpital : ..... Service hospitalier : .....  
Délégation de l'hôpital : ..... Téléphone : .....

**Hospitalisation**

Date d'hospitalisation ou de transfert : (jj/mm/aaaa)  patient déjà hospitalisé (grippe nosocomiale)

**Modalité d'entrée du patient dans le service :**

- Adressé par un service d'urgence
- Adressé par un service de consultation externe (CSB, Cabinet médical privé)
- Transfert d'un service ou d'un autre hôpital ou clinique privé
- Transfert d'un service de l'hôpital
- Provenance directe du domicile

**Motifs d'hospitalisation (plusieurs choix possibles) :**

- Forme clinique grave
- Présence de facteur de risque de complication ou terrain
  - Affections broncho-pulmonaires chroniques  Diabète
  - Dysplasie broncho-pulmonaire  Déficit immunitaire
  - Mucoviscidose  Personne séjournant dans un établissement de santé de moyen et long séjour
  - Cardiopathie-congénitale  Insuffisance cardiaque et valvulopathie grave  Enfant ou adolescent nécessitant un traitement prolongé par acide acétylsalicylique
  - Drépanocytose  Syndromes néphrotiques purs et primitifs  Nourrisson de moins de 1 an
  - Grossesse
  - Autre pathologie sous-jacente / lié à un terrain ou une thérapeutique: .....

**Clinique**

Date de début des signes : 18/12/2009 (jj/mm/aaaa)

Etat clinique (plusieurs choix possibles) :

- Syndrome de détresse respiratoire aigue  Complication cardiaque
- Complication neurologique  Symptomatologie mal tolérée
- Suspicion ou confirmation de surinfection  Décompensation d'une pathologie sous-jacente
- Mise sous assistance respiratoire  Défaillance multiviscérale
- Autre .....
- Patient décédé Date de décès : (jj/mm/aaaa)

**Prélèvement pour recherche grippe A(H1N1)v**

Date de prélèvement : (jj/mm/aaaa)

Laboratoire ayant confirmé le diagnostic : .....

- Absence de confirmation virologique mais le patient a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

**Traitement**

- Antiviraux en traitement prophylactique      Date début de traitement :      (jj/mm/aaaa)  
 Antiviraux en traitement curatif      Date début de traitement :      (jj/mm/aaaa)

**Exposition**

- Notion d'autre cas dans l'entourage dans les 7 derniers jours avant le début des signes  
 Notion de voyage à l'étranger dans les 7 derniers jours avant le début des signes  
 Cas sporadique

***FICHE COMPLEMENTAIRE POUR LES PATIENTS HOSPITALISES EN REANIMATION  
 POUR UN CAS CONFIRME OU PROBABLE DE GRIPPE A(H1N1)2009  
 A RENVOYER A LA SORTIE (HO 2)***

*Identification du patient*

Nom: ..... Prénom: .....  
 Sexe: Masculin  Féminin       Date de naissance :      (jj/mm/aaaa)

*Coordonnées du médecin déclarant*

Nom : ..... Prénom : .....  
 ..... email .....  
 Hôpital : ..... Service hospitalier : ..... téléphone :

**Date d'entrée en réanimation (ou USI ou USC) :**      (jj/mm/aaaa)  
**Date de sortie de réanimation (ou USI ou USC) :**      (jj/mm/aaaa)

**Hospitalisation en Unité de Soins Continus**

oui      non       durée      jours

**Hospitalisation en Unité de Soins Intensifs**

oui      non       durée      jours

**Hospitalisation en Réanimation**

oui      non       durée      . jours

**Ventilation mécanique**

oui      non       durée cumulée      jours

**Ventilation non invasive**

oui      non       durée cumulée      jours

**Hémodialyse conventionnelle**

oui      non       nombre de séances

**Epuration extra-rénale continue**

oui      non       durée cumulée      jours

**Nécessité de vasopresseurs IV (noradrénaline, adrénaline, vasopressine)**

oui      non       durée cumulée      jours (quelque soit le vasopresseur)

**ECMO ou Assistance circulatoire (préciser en clair la technique utilisée : \_\_\_\_\_)**

oui      non       durée cumulée      jours

**Commentaires** .....

**FICHE DE FIN DE SUIVI CAS CONFIRME OU PROBABLE DE GRIPPE A(H1N1)2009  
A RENVOYER A LA SORTIE (HO 3)**

**Identification du patient**

Nom: ..... Prénom: .....  
Sexe: Masculin  Féminin  Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

**Coordonnées du médecin déclarant**

Nom : ..... Prénom : ..... email .....  
Hôpital : ..... Service hospitalier : ..... téléphone :

**Traitement**

Antiviraux en traitement prophylactique Date début de traitement : (jj/mm/aaaa)  
 Oseltamivir  Zanamivir  
 Antiviraux en traitement curatif Date début de traitement : (jj/mm/aaaa)  
 Oseltamivir  Zanamivir

**Vaccination et exposition à risque**

**Vaccination grippe**

- depuis septembre 2009, vaccin saisonnier oui  non  ne sait pas  Date vaccination : (jj/mm/aaaa)  
vaccin pandémique (dose 1) oui  non  ne sait pas  Date vaccination : (jj/mm/aaaa)  
vaccin pandémique (dose 2) oui  non  ne sait pas  Date vaccination : (jj/mm/aaaa)

**Vaccination pneumocoque**

vaccin pneumo 23 dans les 5 ans précédents ou Prevenar oui  non  ne sait pas

Personnel soignant ayant des contacts réguliers avec des patients dans le cadre de son activité professionnelle

**Evolution**

**Evolution post-admission (plusieurs choix possibles)**

Syndrome de détresse respiratoire aiguë  
 Pneumonie  grippale  
 bactérienne, préciser la bactérie identifiée : .....  
 autre, préciser : .....  
 non documentée  
 Pneumopathie nosocomiale, préciser la bactérie identifiée : .....  
 Atteinte virale cardiaque, préciser : .....  
 Atteinte virale neurologique, préciser : .....  
 Défaillance multiviscérale  
 Décompensation d'une pathologie sous-jacente (préciser) : .....  
 Autres, préciser : .....

**Hospitalisation en réanimation, soins intensifs, unité de soins continus** oui  non  (compléter la fiche annexe)

Date d'entrée réanimation (ou USI) : (jj/mm/aaaa)

Date de sortie réanimation (ou USI) : (jj/mm/aaaa)

**Ventilation assistée** (mécanique ou VNI) oui  non  Durée totale de ventilation Jours

**Données de fin de suivi**

**Statut à la sortie**  Patient guéri de la grippe et de ses complications

Évolution favorable mais non encore guéri

Aggravation

Séquelles, préciser .....

Patient décédé

**Mode de sortie/fin de suivi pour les patients non décédés :**

Retour domicile

Transfert Service .....Hôpital .....

Reste hospitalisé autre motif (manque de lit d'aval, pathologie intercurrente non liée au séjour pour grippe)

**Date de sortie ou de décès ou de fin de suivi:** (jj/mm/aaaa)

**Commentaires** .....