


Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : _____ Etablissement/ Service : _____ Tel : _____ Email (résultats) : _____ Signature : _____	Conclusion DASS : Cas confirmé biologiquement <input type="checkbox"/> Le <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cas probable <input type="checkbox"/> Cas possible <input type="checkbox"/> Cas négatif <input type="checkbox"/> En attente de résultat <input type="checkbox"/>	Version du 28/03/2021  DASS Direction des Affaires Sanitaires et Sociales COVID-19
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

IMPORTANT : cette maladie justifie une intervention urgente locale, nationale ou internationale. Vous devez la signaler par tout moyen approprié et sans délai au médecin inspecteur de la DASS-NC. Cette fiche peut être utilisée pour signaler tous les cas, y compris ceux sans prélèvement. Elle doit être complétée par le déclarant en fonction des informations dont il dispose au moment du signalement, et par la DASS-NC en fonction des données de l'enquête effectuée.

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Sexe: M F
Prénom : _____ Date et lieu de naissance : _____

LA MENTION D'UNE ADRESSE PHYSIQUE ET D'UN CONTACT TELEPHONIQUE EST INDISPENSABLE

Adresse : _____ Tel 1 : Tel 2 :
Quartier/Tribu : _____ Commune : _____ Profession : _____
Email : _____ Date de déclaration:

• Contexte épidémiologique :

Contact avec un cas positif confirmé : Oui Non Inconnu Si oui, date du dernier contact :

Voyage hors NC ≤ 14 jours : Oui Non Si oui, où ? _____

Contact avec une personne rentrée de voyage hors NC depuis moins de 14 jours présentant des signes de Covid-19 :
Oui Non Inconnu Si oui, date du dernier contact :

Vaccination Covid-19 : Oui Non Si oui, nom du vaccin : _____
Dates du vaccin : +

Nombre de personnes à risque de complication au domicile _____ (cf. verso)

• Caractéristiques cliniques : **Date du début des signes**

Fièvre > 38°C Toux Diarrhée Asthénie/Malaise Myalgies/courbatures Céphalées
Anosmie Agueusie Rhinite Pharyngite Dyspnée/essoufflement
Auscultation pulmonaire anormale Autres signes (précisez) : _____

Signes radiologiques (TDM) compatibles : Oui Non Non fait

Hospitalisation Date de début : Décès Date :

• Biologie : → Demande de dépistage en laboratoire (PCR et/ou sérologie) Oui Non

→

Test rapide d'orientation diagnostique	Nom du fabricant	Date	Résultat
Antigénique			
Sérologique (IgM, IgG)			

• Antécédents/comorbidités:

Signe(s) de gravité Précisions : _____ (cf. verso)
Facteur(s) de risque de décompensation Précisions : _____ (cf. verso)
Personne en institution/centre d'hébergement Précisions : _____

Signes de gravité

- Polypnée avec FR > 22/min
- SpO2 < 90 % en air ambiant
- Pression artérielle systolique (PAS) < 90 mmHg
- Troubles de la conscience, confusion, somnolence
- Signes cliniques de déshydratation
- Altération brutale de l'état général chez le sujet âgé.

Facteurs de risque de décompensation (population vulnérable)

- Âge ≥ 65 ans
- ATCD cardiovasculaire: HTA compliquée, AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque
- Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
- Diabète
- Pathologie respiratoire chronique susceptible de décompenser
- Insuffisance rénale dialysée
- Cancer sous traitement, ou actif depuis moins de 3 ans
- Immunodépression
 - Médicamenteuse
 - Infection à VIH non contrôlée ou avec CD4 < 200/mm³
 - Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
- Cirrhose ≥ stade B
- Obésité morbide IMC > 30 kg/m²
- Grossesse à partir du 3^{ème} trimestre (par précaution)
- Trisomie 21
- Drépanocytose