

Questionnaire d'investigation Hepatitis A

QUESTIONNAIRE D ENQUÊTE

Numéro: /__ /

EPIDEMIE D HEPATITE A,

Nom enquêteur :

Date enquête :

A- IDENTIFICATION

Nom (3 premières lettres) :

Prénom :

Age : /__ / ans

Sexe : Masculin

Féminin

Téléphone :

code postal et commune de domicile :

Lieu de séjour pour les cas domiciliés à l extérieur du département :

Date début de séjour : __/__/__

Date fin de séjour __/__/__

Profession : Identification de

l entreprise :

Nom du médecin traitant :

Tel :

B- SIGNES CLINIQUES

Date de début des signes cliniques

Ictère OUI NON

Asthénie OUI NON

Vomissements OUI NON

Anorexie OUI NON

Autres OUI NON

Fièvre OUI NON

Si autres, préciser :

Hospitalisation : oui non

Si oui, date __/__/__

Hôpital :service :

Décès : oui non si oui, date du décès __/__/__

et cause :

C- SIGNES BIOLOGIQUES

Date des analyses (IgM VHA)

◇ Transaminases :

SGOT (ASAT) _____ UI/L SGPT (ALAT) _____ UI/L

◇ IgM anti VHA : Positif

Nom et adresse du laboratoire :

D- FACTEURS DE RISQUES

1. Etes vous :

	OUI	NON	NE SAIT PAS
- personne employée dans un crèche ou garderie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- personnel de petite section de maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- employé d'une collectivité pour handicapé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- enfant gardé en crèche ou garderie (rens. parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- enfant en petite section de maternelle (rens. parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- handicapé vivant en institution (rens. Médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Enfant de moins de 3 ans dans la famille du cas ? :

	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
	OUI	NON	NE SAIT PAS
Si oui porte-t-il des couches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-il gardé :			
* en crèche ou garderie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* chez une assistante maternelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* dans la famille d'un cas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Dans les 6 semaines ayant précédé les signes, y a-t'il une ou des personnes avec lesquelles vous avez pu être en contact qui ait (aient) eu une hépatite A ou une jaunisse ?

OUI NON NSP

Si oui, précisez le moment et la nature du contact :

	Nature du contact	6 à 2 sem avant le	Autre moment
		____/____/____	
- cas conjoint ou partenaire sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cas dans l'entourage familial (enfants...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cas dans une crèche, garderie ou petite section de maternelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nature du contact	6 à 2 sem avant le / / / /	Autre moment
- cas Institution spécialisée (handicapés, malades mentaux...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cas dans une autre collectivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Si oui, précisez :</i>			
- Inconnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Voyage hors de France 2 à 6 semaines avant le début de la maladie ?

(du / / / / au / / / /)

OUI NON NSP

Si oui, précisez le pays :

et la date du voyage : du au

si oui consommation de :	OUI	NON	NE SAIT PAS
Coquillages crus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crudités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eau non embouteillée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaçons dans des boissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Baignade collective (piscine, pataugeoire ou autres) 2 à 6 semaines avant le début de la maladie du / / / / au / / / / ?

OUI NON NSP

Si oui, nature et lieu :

.....

E- ENQUETE ALIMENTAIRE

le questionnaire porte sur l'alimentation au cours des 6 semaines précédant les 1^{ers} signes cliniques

(Période d'exposition : du / / / / au / / / /)

1- REPAS PRIS HORS DU DOMICILE

- FETES / KERMESSE...

Avez-vous participé à un événement festif au cours des 6 semaines précédant le début des signes cliniques ?

OUI NON NSP

Si OUI, préciser le type d'événement :

.....

date Lieu

aliments consommés :

boissons consommées :

▪ **FETES (ANNIVERSAIRE, MARIAGE ...)**

Avez-vous participé à un événement festif au cours des 6 semaines précédant le début des signes cliniques ?

OUI NON NSP

SI OUI, préciser le type d'événement :

.....
dateLieu

aliments consommés :

boissons consommées :

▪ **RESTAURATION RAPIDE OU A EMPORTER (pizzeria, Mac donald, sandwich dans le train, dans une station service)**

Avez-vous acheté de la nourriture dans un restaurant rapide ou à emporter au cours des 6 semaines précédant le début des signes cliniques ?

OUI NON NSP

SI OUI, préciser le type d'événement :

.....
dateLieu

aliments consommés :

boissons consommées :

SI OUI, préciser le type d'évènement:.....

dateLieu

aliments consommés :

boissons consommées :

▪ **RESTAURANT, HOTEL, CAFE**

Avez-vous mangé dans un restaurant au cours des 6 semaines précédant le début des signes cliniques ?

OUI NON NSP

Si OUI, préciser :

1 le nom du restaurant :

2 le nom du restaurant :

dateLieu

aliments consommés :

dateLieu.....

aliments consommés :

boissons consommées :

boissons consommées :

▪ **CANTINE, RESTAURANT D ENTREPRISE**

Avez-vous été à la cantine ou dans un restaurant d'entreprise au cours des 6 semaines précédant le début des signes cliniques ?

OUI NON NSP

Si OUI, préciser type de restauration

dateLieu

aliments consommés :

boissons consommées :

Si OUI, préciser type de restauration

dateLieu

aliments consommés :

boissons consommées :

Lors de ces différents repas collectifs, d'autres convives ont-ils développé une hépatite A récente ?

Si oui, précisez :

N° cas	Date et lieu du repas collectif	Date survenue maladie

2 - AUTRES ALIMENTS

Dans les 6 semaines qui ont précédé les 1^{er} signes de la maladie pouvez vous préciser vos lieux d'achats alimentaires habituels ?

Intitulé du commerce	Commune / adresse	date

▪ Consommation de coquillages / crustacés

¹Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : (F)rais, (C)onserve, (S)urgelé, (SV) sous vide

²Liste non limitative de provenance d'huîtres : Toulon, Bouzigues (étang de Thau), Leucate, Bassin d'Arcachon, Estuaire de la Gironde, Marennes Oléron, La Rochelle, Les Sables d'Olonnes, Noirmoutier, Le Croisic, Golfe du Morbihan, Belon, Brest, Morlaix, Paimpol, Saint Brieuc, Cancale, Saint Vaast, Sygny...)

	O	N	N	Conditionnement ¹ F/C/S/SV	Lieu d'achat ou de consommation (si pêche à pied, préciser ville)	Marque et type (pour huîtres, bassin ostréicole) ²	Type de consommation
	U	I	S				
Coquillages							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Moules							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Huîtres							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Coques							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Coquilles saint-jacques							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Autres coquillages : Préciser.....							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Crustacés							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Crevettes							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Ecrevisse							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Langouste							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Homard							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Crabes							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>
Autres crustacés Préciser.....							cru <input type="checkbox"/> cuit <input type="checkbox"/>

▪ **Végétaux Crus**

*Pour le conditionnement, indiquer l'initiale : (F)rais, (P)rêt à l'emploi, (C)onserve, (S)urgelé

	O U I	N O N	N O N	Conditionnement * F/P/C/S	Lieu d'achat ou de consommation (si différent du numéro de la liste)	Marque et type
--	-------------	-------------	-------------	---------------------------------	---	-------------------

LEGUMES CRUS (sandwich et salade d'accompagnement inclus)

Carottes râpées						
Choux crus / Salade de choux						
Endives						
Salades vertes						
Polvron						
Tomate						
Autres : préciser						

FINES HERBES

Coriandre						
Basilic						
Ciboulette						
Persil						
Aneth						
Oseille						
Cresson						
Autres : préciser						

	O U I	N O N	N O N	Conditionnement * F/P/C/S	Lieu d'achat ou de consommation (si différent du numéro de la liste)	Marque et type
--	-------------	-------------	-------------	---------------------------------	---	-------------------

FRUITS NON PELES

Fraise						
Framboise						
Pommes						
Poires						
Autres : préciser						

COULIS DE FRUITS

Fraise						
Framboise						
Autres : préciser						

JUS DE FRUITS

Orange						
Pomme						
Autres : préciser						

