**Modèle de formulaire d’investigation de cas de choléra**

Le modèle de formulaire ci-dessous peut être utilisé pour recueillir des informations sur un cas suspect de choléra au cours d’une investigation de cas. L’investigation de cas vise à recueillir des informations supplémentaires sur les cas suspects de choléra, au-delà de la notification systématique. Elle doit être conduite par un agent des autorités sanitaires locales en interrogeant le patient, et le formulaire d’investigation de cas rempli doit être transmis aux autorités sanitaires locales immédiatement après l’investigation.

En cas de suspicion d’épidémie de choléra, d’une épidémie probable ou d’une épidémie confirmée, l’investigation des cas permet de classer les cas en fonction de l’origine géographique de l’infection (c’est-à-dire cas acquis localement ou cas importé) et de formuler des hypothèses quant à l’exposition à des sources potentielles de contamination ainsi que quant aux contextes de transmission afin d’orienter les investigations sur le terrain. À cette fin, **l’investigation des cas doit être conduite dans les 24 heures suivant la détection de la suspicion d’épidémie de choléra, d’une épidémie probable ou d’une épidémie confirmée, et doit être effectuée sur tous les cas de choléra suspects (dans les 24 heures suivant leur notification) au démarrage d’une épidémie.**

En outre, dans les pays qui visent à différencier la transmission communautaire de la transmission en cluster, l’investigation des cas est également utilisée pour documenter les liens épidémiologiques entre les cas et pour démontrer l’absence de transmission communautaire. À cette fin, **dans les unités de surveillance où la transmission est en cluster, l’investigation des cas doit être effectuée, au minimum, sur tous les cas de choléra confirmés et sur tous les cas suspects pour lesquels un échantillon n’a pas été prélevé pour des tests de laboratoire** (le prélèvement de l’échantillon doit alors être effectué dans le cadre de l’investigation des cas).

**Un graphique résumant comment, quand et quoi investiguer dans le cadre d’une investigation de cas se trouve à la page 9 du présent document.**

|  |  |
| --- | --- |
| Informations générales | |
| **Date de l’investigation du cas :** [\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_] - [\_M\_][\_M\_] - [\_J\_][\_J\_] | |
| **Unité de surveillance :** | |
| **Nom de l’enquêteur :** | |
| 1. Informations sur le cas | |
| **Identifiant unique du patient** |  |
| **Prénom** |  |
| **Nom de famille** |  |
| **Age (en année)** | \_\_\_\_\_ ans |
| **Lieu/adresse**  **de résidence** | Lieu/adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * **Le cas réside-t-il dans un camp de déplacés/réfugiés ?** * Si oui, veuillez spécifier le nom/le lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Non * Ne sait pas |

|  |
| --- |
| 1. Historique des voyages dans les cinq (5) jours précédant l’apparition de la maladie |
| * **Avez-vous voyagé en dehors de votre lieu de résidence dans les cinq (5) jours précédant le début de votre maladie ?** Comprend les voyages à l’étranger et/ou dans le pays en dehors de l’unité de surveillance du lieu de résidence du cas. * Si oui, veuillez préciser ci-dessous * Non * Ne sait pas * **Si oui, veuillez indiquer la (les) destination(s) et les dates du voyage :**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Lieu  veuillez préciser la région, le district, la ville/le village, etc. | Pays  Si vous avez voyagé à l’étranger | Date d’arrivée | Date de départ | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_] /[\_J\_][\_J\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | |
| 1. Interactions sociales et réunions dans les cinq (5) jours précédant le début de la maladie |
| * **Avez-vous été en contact ou avez-vous rendu visite à quelqu’un qui avait une maladie ou des symptômes similaires (diarrhée aqueuse aiguë) dans les cinq (5) jours précédant le début de votre maladie ?** * Si oui, veuillez préciser ci-dessous * Non * Ne sait pas * **Si oui, veuillez préciser :**  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Lien de parenté  Conjoint, enfants, etc. | Types d’interaction  Cochez toutes les cases qui s’appliquent. | Date de la dernière interaction | Lieu de l’interaction | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Contact avec des vomissures ou des excréments, prestation de soins directs ou visite au chevet du malade * Logement partagé * Installations sanitaires communes * Repas pris en commun (manger/boire ensemble) ou consommation d’aliments/de boissons préparés ou manipulés par la personne malade * Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] |  | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Contact avec des vomissures ou des excréments, prestation de soins directs ou visite au chevet du malade * Logement partagé * Installations sanitaires communes * Repas pris en commun (manger/boire ensemble) ou consommation d’aliments/de boissons préparés ou manipulés par la personne malade   Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] |  | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Contact avec des vomissures ou des excréments, prestation de soins directs ou visite au chevet du malade * Logement partagé * Installations sanitaires communes * Repas pris en commun (manger/boire ensemble) ou consommation d’aliments/de boissons préparés ou manipulés par la personne malade * Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] |  | |
| * **Avez-vous été en contact ou avez-vous rendu visite à une personne ayant voyagé en dehors de votre lieu de résidence au cours des cinq (5) jours précédant le début de votre maladie (y compris une personne de votre ménage/enceinte) ?** Les contacts peuvent inclure le partage d’un logement ou d’installations sanitaires, des visites, des repas ou des boissons en commun, etc. Comprend les voyages à l’étranger et/ou dans le pays en dehors de l’unité de surveillance du lieu de résidence du cas. * Si oui, veuillez préciser ci-dessous * Non * Ne sait pas * **Si oui, veuillez préciser :**  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Lien de parenté  Conjoint, enfants, etc. | D’où sont-ils venus ?  Veuillez préciser la région, le district, la ville/le village, etc. | Date de début du voyage | Date de fin du voyage | Date de la dernière interaction | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | |
| * **Avez-vous participé à un événement social, à un rassemblement communautaire ou à un rassemblement de masse (tel qu’un rituel ou une cérémonie funéraire, une réception de mariage, un festival, un rassemblement religieux, etc.) au cours des cinq (5) jours précédant le début de votre maladie ?** * Si oui, veuillez préciser ci-dessous * Non * Ne sait pas * **Si oui, veuillez préciser :**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Événement | Type d’événement | Date de l’événement | Lieu de l’événement | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| * **Un membre de votre ménage/camp** **a-t-il participé à un événement social, à un rassemblement communautaire ou à un rassemblement de masse (tel qu’un rituel ou une cérémonie funéraire, une réception de mariage, un festival, un rassemblement religieux, etc.) au cours des cinq (5) jours précédant le début de votre maladie ?** * Si oui, veuillez préciser ci-dessous * Non * Ne sait pas * **Si oui, veuillez préciser :**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Événement | Type d’événement | Date de l’événement | Lieu de l’événement | | 1. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 2. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | 3. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [\_M\_][\_M\_]/[\_J\_][\_J\_] | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |
| 4. Activité professionnelle dans les cinq (5) jours précédant l’apparition de la maladie |
| * **Quelle était votre activité professionnelle principale dans les cinq (5) jours précédant le début de votre maladie ?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * **Veuillez préciser le(s) lieu(x) de votre activité professionnelle :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. Eau, Hygiène et Assainissement dans les cinq (5) jours précédant l’apparition de la maladie |
| * **Quelles étaient les principales sources d’eau potable de votre ménage dans les cinq (5) jours précédant l’apparition de votre maladie ?** Cochez toutes les réponses qui s’appliquent (il peut s’agir de plusieurs sources ; vérifiez qu’il s’agit bien de l’eau utilisée pour BOIRE) * Conduite d’eau dans le logement * Conduite d’eau dans l’enceinte, la cour ou la parcelle * Conduite d’eau chez un voisin * Robinet public / borne-fontaine * Puits de forage ou puits tubulaire * Puits creusé protégé * Puits creusé non protégé * Source protégée * Source non protégée * Collecte d’eau de pluie * Camion-citerne * Chariot avec petit réservoir / bidon * Kiosque à eau * Eau en bouteille * Eau en sachet * Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, étang, canal, canal d’irrigation) * Autre, veuillez préciser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **Avez-vous consommé d’autres sources d’eau au cours des cinq (5) jours précédant le début de votre maladie (au travail, en dehors de votre domicile, etc.) – Reportez-vous au lieu de travail cité à la section 4.** Cochez toutes les cases qui s’appliquent. * Conduite d’eau dans le logement * Conduite d’eau dans l’enceinte, la cour ou la parcelle * Conduite d’eau chez un voisin * Robinet public / borne-fontaine * Puits de forage ou puits tubulaire * Puits creusé protégé * Puits creusé non protégé * Source protégée * Source non protégée * Collecte d’eau de pluie * Camion-citerne * Chariot avec petit réservoir / bidon * Kiosque à eau * Eau en bouteille * Eau en sachet * Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, étang, canal, canal d’irrigation) * Autre, veuillez préciser \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **Avez-vous, vous ou d’autres membres du ménage, fait quelque chose pour rendre l’eau potable plus sûre au cours des cinq (5) jours précédant l’apparition de votre maladie ?** * Oui * Non * Ne sait pas   **Si oui, veuillez préciser :** Cochez toutes les cases qui s’appliquent.   * Faire bouillir l’eau * Ajouter de l’eau de Javel/du chlore * Filtrer l’eau à l’aide d’un chiffon * Utiliser un filtre à eau * Désinfection solaire (SODIS) * Laisser l’eau reposer/décanter * Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **Votre ménage a-t-il stocké de l’eau potable dans des récipients au cours des cinq (5) jours précédant l’apparition de votre maladie ?** * Oui * Non * Ne sait pas   **Si oui, veuillez préciser de quel type :**   * Récipients à ouverture étroite/nourrices * Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **Où les membres de votre ménage ont-ils principalement fait leurs besoins au cours des cinq (5) jours qui ont précédé l’apparition de votre maladie ?** Cochez toutes les cases qui s’appliquent. * Chasse d’eau * Chasse d’eau/chasse d’eau vers un système d’égout canalisé * Chasse d’eau/chasse d’eau dans une fosse septique * Chasse d’eau/chasse d’eau à la latrine à fosse * Chasse d’eau/chasse d’eau à ciel ouvert * Chasse d’eau/chasse d’eau à je ne sais où * Latrine à fosse avec dalle * Latrine à fosse sans dalle/fosse à ciel ouvert * Fosse double avec dalle * Fosse double sans dalle * Autre toilette à compostage * Seau * Système d’assainissement basé sur des conteneurs * Toilette suspendue/latrine suspendue * Aucune installation/buisson/champ * Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * **Avez-vous partagé cet établissement avec d’autres personnes ne faisant pas partie de votre ménage au cours des cinq (5) jours qui ont précédé l’apparition de votre maladie ?** * Oui * Non * Ne sait pas |
| * **Pouvez-vous citer les moments clés où vous vous lavez habituellement les mains (à la maison ou au travail) ?** Ne pas lire les réponses ci-dessous à haute voix. Cochez toutes les réponses mentionnées. Si la réponse est « Quand les mains sont sales », cherchez à savoir à quel moment les mains deviennent sales. * Avant de préparer des aliments ou de cuisiner * Avant de manger/avant de nourrir les enfants * Après avoir nettoyé ou changé le bébé/après avoir été en contact avec une personne malade * Après avoir utilisé les toilettes * Du savon n’est pas utilisé pour se laver les mains * Autre, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Ne sait pas |
| * **Avez-vous d’autres observations à communiquer (par exemple, un facteur de risque connu, une exposition environnementale, etc.) ?** |
| 1. Consommation d’aliments dans les cinq (5) jours précédant le début de la maladie |
| * **Au cours des cinq (5) jours précédant l’apparition de votre maladie, avez-vous consommé l’un des aliments suivants provenant de l’extérieur de votre maison ?** Cochez toutes les cases qui s’appliquent. * Fruits ou légumes crus * Poissons ou crustacés * Jus de fruits frais achetés dans la rue ou au restaurant * Eau/boissons avec glaçons ou glace broyée achetées dans la rue ou au restaurant * Aliments achetés dans la rue ou au restaurant * Aliments du marché   Si oui, veuillez préciser le nom du (des) vendeur(s) ou le(s) lieu(x) d’achat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Conclusions de l’investigation du cas | |
| **Classification de cas en fonction de l’origine géographique de l’infection** | * Cas acquis localement * Cas importé au niveau international (infection contractée dans un autre pays) * Cas importé indigène (infection contractée dans une autre unité de surveillance mais dans le même pays)   **Si le cas est importé au niveau international ou national, veuillez préciser le lieu d’importation :**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Lien épidémiologique** | * **Le cas est-il épidémiologiquement lié à un autre cas suspect ou confirmé de choléra ?** * Oui (veuillez préciser s’il s’agit d’un cas suspect ou confirmé) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) * Non * Ne sait pas * **Lien épidémiologique** * Inconnu/non identifié * Contact avec un cas de choléra importé, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Contact avec un cas de choléra acquis localement, veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Source environnementale (même source commune ou véhicule d’infection qu’un autre cas de choléra), veuillez préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Hypothèses sur l’exposition à la/aux source(s) potentielle(s) de contamination et les contextes de transmission** | Veuillez décrire toute hypothèse relative à l’exposition à une ou plusieurs sources potentielles de contamination et aux contextes de transmission afin d’orienter les investigations de terrain : |
| **Commentaires supplémentaires** |  |

**A diagram of a diagram

Description automatically generated with medium confidence**