

## Questionnaire à remplir pour toute notification de cas probable ou confirmé de réinfection par le SARS-CoV-2 (COVID-19)

16/03/2021

Les [définitions de cas](#) possible, probable ou confirmé de réinfection par le SARS-CoV-2 (COVID-19) et la [conduite à tenir](#) face à une suspicion de réinfection sont disponibles [sur le site internet de Santé publique France](#).

**Seuls les cas probables et confirmés de réinfection (cf. définition de cas de réinfection SpF) doivent faire l'objet d'une notification en remplissant ce questionnaire.**

**Nom de la personne effectuant le signalement :** .....  
**Organisme :** .....  
**Département :** / \_\_\_\_ / **Téléphone :** ..... **Email :** .....

### Classement du cas selon la définition de cas SpF :

- Cas probable épidémiologique de réinfection (*contact à risque dans les 14 jours avant les symptômes du 2<sup>e</sup> épisode*)
- Cas probable biologique de réinfection (*CT<33 lors des 2 tests RT-PCR positifs et/ou résultats de RT-PCR de criblage évocateur d'une réinfection par un variant d'intérêt*)
- Cas confirmé de réinfection (*séquençage disponible à minima pour le 2<sup>e</sup> épisode*)

### 1. Caractéristiques sociodémographiques du cas

3 premières initiales du nom : ..... Initiales du prénom : .....

Sexe : M  F  Age : / \_\_\_\_ / (années) ou / \_\_\_\_ / (mois)

Code postal du lieu de résidence : / \_\_\_\_\_ /

Profession : .....

### 2. Antécédents médicaux du cas, statut vaccinal COVID-19

Aucun antécédent	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Cardiopathie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Pathologie respiratoire chronique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Obésité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Pathologie rénale chronique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Traitement immunosuppresseur (corticoïdes, chimiothérapie, traitement anti-rejet, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Grossesse en cours	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Autre immunodépression	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : .....	

Le sujet a-t-il été vacciné contre le COVID-19 ? Oui  Non  NSP

Si oui, nom du vaccin : ..... Nombre de doses administrées :  1 dose  2 doses

Date de la 1<sup>ère</sup> dose : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date de la seconde dose : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 3. Caractéristiques du 1<sup>er</sup> épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 documenté

Date du début des signes cliniques du 1<sup>er</sup> épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de prélèvement du 1<sup>er</sup> test positif lors du 1<sup>er</sup> épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nature du prélèvement :  Nasopharyngé/oropharyngé  Salivaire  Sérum/Plasma  NSP

RT-PCR classique  RT-PCR criblage variants  Test antigénique

Nature du test :  Test sérologique  NSP

Si le test était une RT-PCR classique, précisez la valeur de CT (si disponible) : .....

Si une RT-PCR de criblage a été réalisée pour cet épisode, précisez le résultat : .....

Le prélèvement primaire est-il conservé et disponible pour une analyse virologique (séquençage) : Oui  Non  NSP

Un séquençage du prélèvement primaire a-t-il été réalisé ? Oui  Non  NSP

Si oui, précisez le type de séquençage et le résultat : .....

#### Signes cliniques lors du 1<sup>er</sup> épisode de COVID-19 (Cocher les cases correspondantes) :

Aucun symptôme

Fièvre/ Syndrome fébrile  Toux  Asthénie / fatigue / malaise

Frissons  Dyspnée  SDRA

Sueurs  Céphalées  Myalgies / courbatures

Diarrhée  Perte du goût ou de l'odorat

Autres signes cliniques Préciser : .....

Auscultation pulmonaire anormale ou tableau évocateur d'infection du parenchyme pulmonaire

Tableau clinique sévère nécessitant une hospitalisation Date d'hospitalisation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tableau clinique sévère nécessitant une admission en réanimation Date d'admission en réanimation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### La source de l'infection du cas est-elle connue pour le 1<sup>er</sup> épisode de COVID-19 ?

Oui  Non  NSP

Si oui, précisez :

.....

### 4. Caractéristiques du 2<sup>e</sup> épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 documenté

Date du début des signes cliniques du 2<sup>e</sup> épisode d'infection à SARS-CoV-2 / COVID-19 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de prélèvement du 1<sup>er</sup> test positif lors du 2<sup>e</sup> épisode d'infection à SARS-CoV-2 / de COVID-19 : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nature du prélèvement :  Nasopharyngé/oropharyngé  Salivaire  Sérum/Plasma  NSP

RT-PCR classique  RT-PCR criblage variants  Test antigénique

Nature du test :  Test sérologique  NSP

Si le test était une RT-PCR, précisez la valeur de CT (si disponible) : .....

Si une RT-PCR de criblage a été réalisée pour cet épisode, précisez le résultat : .....

Le prélèvement primaire est-il conservé et disponible pour une analyse virologique (séquençage) : Oui  Non  NSP

**Signes cliniques lors du 2<sup>e</sup> épisode de COVID-19** (Cocher les cases correspondantes) :

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucun symptôme   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Fièvre/ Syndrome fébrile   | <input type="checkbox"/> Toux                         | <input type="checkbox"/> Asthénie / fatigue / malaise |
| <input type="checkbox"/> Frissons   | <input type="checkbox"/> Dyspnée                      | <input type="checkbox"/> SDRA                         |
| <input type="checkbox"/> Sueurs   | <input type="checkbox"/> Céphalées                    | <input type="checkbox"/> Myalgies / courbatures       |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée   | <input type="checkbox"/> Perte du goût ou de l'odorat |   |
| <input type="checkbox"/> Autres signes cliniques  | Préciser : .....                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Auscultation pulmonaire anormale ou tableau évocateur d'infection du parenchyme pulmonaire |   |   |
| <input type="checkbox"/> Tableau clinique sévère nécessitant une hospitalisation                                    | Date d'hospitalisation : __/ __/ __                   |   |
| <input type="checkbox"/> Tableau clinique sévère nécessitant une admission en réanimation                           | Date d'admission en réanimation : __/ __/ __          |   |
| <input type="checkbox"/> Décès  | Date du décès : __/ __/ __                            |   |

**Par rapport au 1<sup>er</sup> épisode, les symptômes cliniques présentés lors du 2<sup>e</sup> épisode de COVID-19 sont-ils :**

- Moins sévères  D'une sévérité comparable  Plus sévères  NSP

**Un antécédent de contact à risque avec un cas confirmé de COVID-19 dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes est-il rapporté lors du 2<sup>e</sup> épisode ?** Oui  Non  NSP

Si oui, précisez : .....

**5. Si la réinfection par le SARS-CoV-2 est confirmée, préciser les résultats du séquençage**

Nom et coordonnées du laboratoire ayant réalisé le séquençage :

.....

Confirmation réalisée en séquençant  les prélèvements des deux épisodes  
 le prélèvement du second épisode uniquement

Résultat du séquençage (préciser si infection par un variant d'intérêt du SARS-CoV-2) .....

.....

**Une fois rempli, merci de déposer ce questionnaire à Santé publique France sur la plateforme sécurisée dédiée en [suivant ce lien](#).**