

Syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika (SCZ)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

100-2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télec. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par le PCSP)

Numéro de rapport

Mois de déclaration

Province

Date du jour

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données sont traitées en toute confidentialité.**

DÉFINITION DE CAS DU SYNDROME ASSOCIÉ À L'INFECTION CONGÉNITALE À VIRUS ZIKA

Déclarer tout nourrisson de moins de 12 mois qui présente les critères suivants :

- Une microcéphalie, définie comme une circonférence crânienne de moins de deux écarts-types sous le percentile de référence standardisé par rapport à l'âge gestationnel et au sexe*

OU

- D'autres anomalies et malformations congénitales compatibles avec le syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika, y compris des malformations du système nerveux central telles que les calcifications intracrâniennes, les anomalies structurelle cérébrales ou oculaires ou d'autres anomalies congénitales liées au système nerveux central (non expliquées par une autre étiologie†)

ET

- Des antécédents maternels qui incluent un lien épidémiologique‡ au virus Zika OU un test de laboratoire du virus Zika positif ou non concluant

OU

- Un nourrisson dont le test de laboratoire du virus Zika est positif ou non concluant

* Si un cas de grave microcéphalie est présumé s'associer au virus Zika, il faut remplir à la fois le questionnaire de l'étude sur la microcéphalie grave et celui de l'étude sur le syndrome associé à l'infection congénitale à virus Zika (s'il respecte les deux définitions de cas).

† D'autres étiologies devraient être envisagées, y compris la syphilis, la toxoplasmose, la rubéole, le cytomégalovirus, le virus varicelle-zona, le parvovirus B19 et le virus de l'herpès simplex. Il faut également envisager d'évaluer les causes génétiques et tératogènes potentielles des anomalies congénitales.

‡ Un lien épidémiologique signifie que, pendant sa grossesse, la femme a voyagé ou habité dans une région où on observe une transmission active du virus Zika OU a eu des relations sexuelles non protégées avec un partenaire qui a voyagé ou habité dans une telle région.

CRITÈRES D'INCLUSION DES CAS

Au moins un élément doit être coché dans la colonne 1 ET dans la colonne 2 pour respecter la définition de cas.

Critères diagnostiques du virus Zika	Colonne 1 Oui	Critères cliniques (nourrisson jusqu'à l'âge de 12 mois)	Colonne 2 Oui
Né d'une mère dont le test d'infection à virus Zika est positif	<input type="checkbox"/>	A une microcéphalie (selon la définition précédente)	<input type="checkbox"/>
Né d'une mère dont le test d'infection à virus Zika n'était pas concluant (résultat non concluant du test de séroneutralisation par réduction des plages de lyse du virus Zika)	<input type="checkbox"/>		
Né d'une mère ayant un <u>lien épidémiologique</u> au virus Zika, mais qui <u>n'a pas subi de test d'infection à virus Zika</u> ou dont on ne connaît pas le résultat	<input type="checkbox"/>	A une anomalie ou une malformation congénitale qui soulève des inquiétudes	<input type="checkbox"/>
Nourrisson dont le test d'infection à virus Zika est positif	<input type="checkbox"/>		

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES GÉNÉRAUX

- 1.1 Date du premier rendez-vous chez le médecin déclarant : ____/____/____
 JJ MM AAAA
- 1.2 Date de naissance : ____/____/____
 JJ MM AAAA
- 1.3 Sexe : Masculin____ Féminin____ Ambiguïté sexuelle ____
- 1.4 Province ou territoire de résidence : _____
- 1.5 Ethnie (cochez toutes les réponses applicables) : Première nation ____ Inuite____ Métisse____ Blanche____
 Sud-asiatique (p. ex., indienne, pakistanaise, sri-lankaise, etc.)____ Chinoise____ Noire____ Philippine____
 Latino-américaine ____ Arabe____ Asiatique du Sud-Est (p. ex., vietnamienne, cambodgienne, laotienne,
 thaïlandaise, etc.)____ Asiatique occidentale (p. ex., iranienne, afghane, etc.)____ Coréenne____ Japonaise____
 Antillaise ____ Autre, précisez : _____ Inconnu____
- 1.6 Mode d'accouchement :
 Accouchement vaginal spontané ____ Accouchement vaginal assisté ____ Siège assisté ou extraction par le siège____
 Césarienne ____ *En cas de césarienne, précisez l'indication : _____*
- 1.7 Indices d'Apgar : 1 minute____ 5 minutes____ 10 minutes____
- 1.8 Âge gestationnel à l'accouchement : ____ semaines
- 1.9 Type d'accouchement : Simple____ Jumeaux____ Plus nombreux____ Ordre de naissance ____ Inconnu ____
- 1.10 **Taille (cm) :** **Poids (g) :** **Circonférence crânienne (cm) :**
 À la naissance : _____ À la naissance : _____ À la naissance : _____
 Au rendez-vous : _____ Au rendez-vous : _____ Au rendez-vous : _____

SECTION 2 – INFORMATION SUR LA GROSSESSE ET L'EXPOSITION AU VIRUS

- 2.1 **Trouble, maladie, observation chez la mère** **Présent** **Âge ou date de diagnostic (MM/JJ/AAAA)**
- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hypertension | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Diabète gestationnel | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Diabète prégestationnel | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Anémie falciforme | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Phénylcétonurie élevée de la mère | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Grave malnutrition | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Insuffisance placentaire | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Maladie hémolytique Rhésus | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Résultats échographiques anormaux | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Autres complications de la grossesse | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
| Maladies chroniques de la mère | Oui____ Non____ Inconnu____ | Âge : _____ ou ____/____/____ |
- Dans l'affirmative, précisez : _____*
- 2.2 **Exposition pendant la grossesse**
- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--|
| Tabagisme | Oui____ Non____ Inconnu____ | Dans l'affirmative, ____ paquets par semaine |
| Consommation d'alcool | Oui____ Non____ Inconnu____ | Dans l'affirmative, ____ consommations par semaine |
| Consommation de drogue | Oui____ Non____ Inconnu____ | Drogue : _____ Consommation : _____ |
| Exposition tératogène connue | Oui____ Non____ Inconnu____ | Précisez : _____ |

SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS DE VOYAGE

3.1 La mère s'est-elle rendue dans d'autres pays **pendant sa grossesse** ou dans les **trois mois précédant** la conception?

Oui___ Non___ Inconnu___

Dans l'affirmative, précisez :

Pays	Date approximative d'arrivée JJ/MM/AAAA	Date approximative de départ JJ/MM/AAAA
_____	___/___/_____	___/___/_____
_____	___/___/_____	___/___/_____
_____	___/___/_____	___/___/_____

3.2 Maladie pendant ou immédiatement après le voyage (dans les 12 jours suivants)? Oui___ Non___ Inconnu___

Dans l'affirmative, précisez le diagnostic : _____ Diagnostic posé par : _____

3.3 Symptômes : Fièvre___ Éruption___ Arthralgie/arthrite___ Conjonctivite___ Myalgie___ Céphalées___

Douleur rétro-orbitaire ___ Prurit___ Autre, précisez : _____

3.4 La mère a-t-elle eu un partenaire sexuel qui s'est rendu dans d'autres pays pendant la grossesse ou dans les trois mois précédant la conception? Oui___ Non___ Inconnu___

Dans l'affirmative, précisez :

Pays	Date approximative d'arrivée JJ/MM/AAAA	Date approximative de départ JJ/MM/AAAA
_____	___/___/_____	___/___/_____
_____	___/___/_____	___/___/_____
_____	___/___/_____	___/___/_____

3.5 Maladie du partenaire sexuel pendant ou immédiatement après le voyage (dans les 12 jours suivant)? Oui___ Non___ Inconnu___

Dans l'affirmative, précisez le diagnostic : _____ Diagnostic posé par : _____

3.6 Symptômes : Fièvre___ Éruption___ Arthralgie/arthrite___ Conjonctivite___ Myalgie___ Céphalées___

Douleur rétro-orbitaire ___ Prurit___ Autre, précisez : _____

SECTION 4 – TESTS MICROBIOLOGIQUES

4.1 Tests prénatals chez la mère (si un test n'a pas été effectué, cochez NON)

Test	Effectué	Date du test (JJ/MM/AAAA)	Résultat
qPCR du virus Zika :			
• Sang	Oui___ Non___ Inconnu___	___/___/_____	Positif___ Négatif___ Inconnu___
• Urine	Oui___ Non___ Inconnu___	___/___/_____	Positif___ Négatif___ Inconnu___
• Placenta	Oui___ Non___ Inconnu___	___/___/_____	Positif___ Négatif___ Inconnu___
Sérologie du virus Zika	Oui___ Non___ Inconnu___	___/___/_____	IgM : Positif___ Négatif___ Inconnu___
	Oui___ Non___ Inconnu___	___/___/_____	IgG : Positif___ Négatif___ Inconnu___
PRNT du virus Zika (<i>séroneutralisation par réduction des plages de lyse</i>)	Oui___ Non___ Inconnu___	___/___/_____	Positif___ Négatif___ Inconnu___ Non concluant*___ <i>*incapacité de distinguer le virus Zika de la dengue ou d'autres flavivirus</i>
Sérologie de la dengue	Oui___ Non___ Inconnu___	___/___/_____	IgM : Positif___ Négatif___ Inconnu___
	Oui___ Non___ Inconnu___	___/___/_____	IgG : Positif___ Négatif___ Inconnu___
Test de dépistage d'infection congénitale	Oui___ Non___ Inconnu___	___/___/_____	Positif___ Négatif___ Inconnu___ <i>S'il est positif, précisez : Toxoplasmose___ Rubéole___ CMV___ Herpès___ VVZ___ Syphilis___ Autre, précisez : _____</i>

4.2 **Tests postnatals chez la mère (s'ils n'ont pas été effectués, cochez ici _____ et passez au point 4.3)**

Est-ce qu'au moins l'un des tests précédents a été effectué ou repris après l'accouchement? Oui____ Non____

Dans l'affirmative, lesquels :

	Date du test (JJ/MM/AAAA)	Résultat		
_____	____/____/____	Positif__	Négatif__	Inconnu__
_____	____/____/____	Positif__	Négatif__	Inconnu__
_____	____/____/____	Positif__	Négatif__	Inconnu__

4.3 **Tests du virus Zika chez le nourrisson**

Test	Effectué	Date du test (JJ/MM/AAAA)	Résultat
qPCR du virus Zika :			
• Sang	Oui____ Non____ Inconnu____	____/____/____	Positif__ Négatif__ Inconnu__
• Urine	Oui____ Non____ Inconnu____	____/____/____	Positif__ Négatif__ Inconnu__
• Liquide céphalorachidien	Oui____ Non____ Inconnu____	____/____/____	Positif__ Négatif__ Inconnu__
Sérologie du virus Zika	Oui____ Non____ Inconnu____	____/____/____	IgM : Positif__ Négatif__ Inconnu__
	Oui____ Non____ Inconnu____	____/____/____	IgG : Positif__ Négatif__ Inconnu__
PRNT du virus Zika	Oui____ Non____ Inconnu____	____/____/____	Positif__ Négatif__ Inconnu__ Non concluant*____ *incapacité de distinguer le virus Zika de la dengue ou d'autres flavivirus

4.4 **Tests d'infections congénitales chez l'enfant**

4.4.1 Cochez si l'enfant a obtenu un résultat positif au test de l'une des infections suivantes :

Toxoplasmose__ Rubéole__ CMV__ Herpès simplex__ Syphilis__ VVZ__ VIH__

Autre, précisez : _____

4.4.2 Énumérez les tests de laboratoire effectués pour poser les diagnostics d'infection congénitale précédents. Si les tests étaient positifs pour plus d'une infection, précisez ceux qui ont permis de dépister chaque infection :

	Effectué	Normal	Anormal (préciser le résultat)	Date du test (JJ/MM/AAAA)
PCR	Oui____ Non____ Inconnu____	_____	_____	____/____/____
IgM	Oui____ Non____ Inconnu____	_____	_____	____/____/____
IgG	Oui____ Non____ Inconnu____	_____	_____	____/____/____
Autre : _____	Oui____ Non____ Inconnu____	_____	_____	____/____/____
Autre critère diagnostique : _____				

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

5.1 Morphologie crânienne	Présent			À la naissance ou date du diagnostic (JJ/MM/AAAA)
Microcéphalie (> 2 ÉT et < 3 ÉT par rapport à l'âge gestationnel et au sexe en fonction du percentile de référence standardisé)	Oui____	Non____	Inconnu____	À la naissance__ ou ____/____/____
Microcéphalie grave (< 3 ÉT par rapport à l'âge gestationnel et au sexe en fonction du percentile de référence standardisé)	Oui____	Non____	Inconnu____	À la naissance__ ou ____/____/____
Chevauchement des sutures crâniennes	Oui____	Non____	Inconnu____	À la naissance__ ou ____/____/____
Proéminence de l'os occipital	Oui____	Non____	Inconnu____	À la naissance__ ou ____/____/____
Excès de peau nucale	Oui____	Non____	Inconnu____	À la naissance__ ou ____/____/____
Disproportion crânofaciale	Oui____	Non____	Inconnu____	À la naissance__ ou ____/____/____
Dépression bipariétale	Oui____	Non____	Inconnu____	À la naissance__ ou ____/____/____

5.2 Anomalies oculaires	Présent	À la naissance ou date du diagnostic (JJ/MM/AAAA)
Microphthalmie	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Colobome	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Cataracte	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Calcifications intraoculaires	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Atrophie choriorétinienne	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Marbrures pigmentaires focales de la rétine	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Atrophie ou anomalies du nerf optique	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Lésions rétinienne, y compris une atrophie choriorétinienne bien définie et pigmentation anormale	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
5.3 Contractures congénitales	Présent	À la naissance ou date du diagnostic (JJ/MM/AAAA)
Arthrogrypose	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Pied bot ___unilatéral ___bilatéral	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Dislocation congénitale bilatérale des hanches	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Dislocation totale ou partielle de l'un ou des deux genoux	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
5.4 Séquelles neurologiques	Présent	À la naissance ou date du diagnostic (JJ/MM/AAAA)
Anomalies de la motricité ___fine ___brute	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Hypertonie et spasticité	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Hypotonie	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Tremblements	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Posture anormale (p. ex., opisthotonos)	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Déficiences cognitives, précisez : _____	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___

Irritabilités ou pleurs excessifs	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Convulsions ___générales ___focales	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Troubles de déglutition	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Retard staturopondéral	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Atteinte visuelle, précisez : _____	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___

Atteinte ou perte auditive, précisez : _____	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___

5.5 Imagerie et neurophysiologie cérébrales	Présent	À la naissance ou date du diagnostic (JJ/MM/AAAA)
Calcifications intracrâniennes	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Anomalie du tube neural	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Hydrocéphalie congénitale	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Espaces liquidiens intracrâniens plus larges (ventriculaires et extra-axiaux)	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Amincissement du cortex accompagné d'anomalies des circonvolutions cérébrales (évocateur d'une polymicrogyrie)	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Hypoplasie ou absence de corps calleux	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___

Réduction de la myélinisation	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Hypoplasie cérébelleuse ou du vermis cérébelleux	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Amincissement du cordon et réduction des racines antérieures (par IRM)	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Dégénérescence wallérienne des voies descendantes longues	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___
Électroencéphalogramme anormal	Oui___ Non___ Inconnu___	À la naissance___ ou ___/___/___

5.6 Le patient respecte-t-il les étapes de développement dans les domaines suivants, compte tenu de son âge ou de son âge gestationnel corrigé? (**Ne répondez que si l'enfant a plus de trois mois**)

Motricité brute	Oui___ Non___ Inconnu___	n.a., précisez : _____
Motricité fine	Oui___ Non___ Inconnu___	n.a., précisez : _____
Capacités sociales	Oui___ Non___ Inconnu___	n.a., précisez : _____
Langue	Oui___ Non___ Inconnu___	n.a., précisez : _____

5.7 Autres systèmes touchés

Système cardiovasculaire	Normal___ Anormal___ Inconnu___	S'il est anormal, précisez : _____
Système respiratoire	Normal___ Anormal___ Inconnu___	S'il est anormal, précisez : _____
Système gastro-intestinal	Normal___ Anormal___ Inconnu___	S'il est anormal, précisez : _____
Sensibilité abdominale___ Jaunisse___ Hépatomégalie___ Hernie___ Splénomégalie___ Omphalocèle___ Laparoschisis___ Autre, précisez : _____		

5.8 Autres anomalies : Oui___ Non___ Inconnu___

Dans l'affirmative, précisez les autres anomalies cliniques observées : _____

SECTION 6 – HISTOIRE FAMILIALE

6.1 Consanguinité des parents : Degré de parenté : Aucun___ 1^{er}___ 2^e___ 3^e___ >3^e___

6.2 Histoire familiale (jusqu'aux parents au deuxième degré; p. ex., grand-parent, frère ou sœur, etc.)

Microcéphalie	Oui___ Non___ Inconnu___	<i>Dans l'affirmative</i> , précisez : _____
Autres anomalies congénitales, précisez :	Oui___ Non___ Inconnu___	<i>Dans l'affirmative</i> , précisez : _____

Retards de développement, précisez :	Oui___ Non___ Inconnu___	<i>Dans l'affirmative</i> , précisez : _____

Grossesse précédente associée à des anomalies congénitales	Oui___ Non___ Inconnu___	<i>Dans l'affirmative</i> , précisez : _____
Avortements spontanés	Oui___ Non___ Inconnu___	<i>Dans l'affirmative</i> , précisez : _____
Mortinaissance	Oui___ Non___ Inconnu___	<i>Dans l'affirmative</i> , précisez : _____

___ **J'accepte que le PCSP prenne contact avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

___ **Je préfère que le PCSP ne prenne pas contact avec moi pour me demander des compléments d'information.**

POSSIBILITÉ D'ÉTUDE DE COHORTE

Une étude de cohorte distincte pourrait être réalisée auprès des patients, sous réserve du consentement éclairé de la famille. Ce processus est distinct du PCSP. Souhaitez-vous recevoir plus d'information à ce sujet? Si vous cochez « Oui », vous autorisez le PCSP à transmettre vos coordonnées (y compris votre courriel) à l'équipe de recherche responsable de cette étude distincte.

Oui___ Non___

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(SCZ 2017-03)