

# Infections par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les jeunes greffés

## PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

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

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport \_\_\_\_\_

Mois de déclaration \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Date du jour \_\_\_\_\_

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.  
Les données seront traitées confidentiellement.**

### DÉFINITION DE CAS DES INFECTIONS PAR LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL (VRS) CHEZ LES JEUNES GREFFÉS

Déclarer tous les patients hospitalisés ou en consultations externes de moins de 18 ans qui ont :

- une infection par le virus respiratoire syncytial (VRS) confirmée en laboratoire
- et**
- reçu la greffe d'un organe plein ou de cellules souches hématopoïétiques (CSH) au cours des deux années précédentes.

**Mois de la première consultation** \_\_\_\_\_

### SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

- 1.1 Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 1.2 Sexe : Masculin \_\_\_\_ Féminin \_\_\_\_  
JJ MM AAAA
- 1.3 Âge gestationnel : à terme \_\_\_\_ prématuré \_\_\_\_ précisez : de \_\_\_\_ semaines inconnu \_\_\_\_
- 1.4 Ethnie : Première nation \_\_\_\_ Innu \_\_\_\_ Inuit \_\_\_\_ Métis \_\_\_\_ Asiatique \_\_\_\_ Noir \_\_\_\_ Blanc \_\_\_\_  
Latino-américain \_\_\_\_ Moyen-oriental \_\_\_\_ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_ Inconnu \_\_\_\_
- 1.5 Province ou territoire de résidence : \_\_\_\_\_  
Région urbaine \_\_\_\_ Région rurale (population <1 000 habitants) \_\_\_\_ Inconnu \_\_\_\_
- 1.6 Nombre total d'enfants au domicile (à l'exception du patient) \_\_\_\_\_ Inconnu \_\_\_\_
- 1.7 Nombre d'enfants de cinq ans ou moins au domicile (à l'exception du patient) \_\_\_\_\_ Inconnu \_\_\_\_
- 1.8 Un membre de la famille fume-t-il : **Oui Non Inconnu**  
dans la maison? \_\_\_\_\_  
dans la voiture? \_\_\_\_\_
- 1.9 Le patient fréquente-t-il un milieu de garde en installation ou en milieu familial avec au moins trois autres enfants? \_\_\_\_\_

### SECTION 2 – ANTÉCÉDENTS

- 2.1 L'enfant a-t-il un type de maladie pulmonaire chronique? \_\_\_\_\_  
Dans l'affirmative, précisez :  
Maladie pulmonaire chronique du prématuré exigeant une médication au cours des six mois précédents \_\_\_\_  
Autre maladie pulmonaire exigeant une oxygénothérapie chronique au cours des six mois précédents \_\_\_\_  
Fibrose kystique \_\_\_\_ Autre (précisez le type) : \_\_\_\_\_



**SECTION 4 – PRÉSENTATION ET TRAITEMENT DU VRS (suite)****Oui Non Inconnu**

- 4.8 L'enfant a-t-il eu besoin d'une oxygénation extracorporelle en raison du VRS?     
 Dans l'affirmative, nombre de jours : \_\_\_\_\_
- 4.9 L'enfant a-t-il reçu de l'immunoglobuline intraveineuse pour le traitement du VRS?
- 4.10 L'enfant a-t-il reçu du palivizumab pour le traitement du VRS?
- 4.11 L'enfant a-t-il reçu de la ribavirine pour le traitement du VRS?     
 Dans l'affirmative, précisez la voie et la durée : \_\_\_\_\_
- 4.12 Immunosuppression en cours au moment du VRS (cochez toutes les réponses applicables) :  
 Tacrolimus/FK-506  Cyclosporine A (Sandimmune<sup>MD</sup>, Neoral<sup>MD</sup>)   
 Mycophénolate mofétil/MMF  Azathioprine  Sirolimus/rapamycine   
 Stéroïdes  précisez la dose, mg/kg/jour : \_\_\_\_\_ dose inconnue   
 Autres, précisez le nom des médicaments : \_\_\_\_\_

**SECTION 5 – PRISE EN CHARGE****Oui Non Inconnu**

- 5.1 Le palivizumab a-t-il été recommandé à ce patient après la greffe?     
 Dans l'affirmative, précisez : pendant la saison courante du VRS     
 seulement au cours de la saison précédente du VRS
- 5.2 Ce patient a-t-il reçu du palivizumab dans les quatre semaines précédant le diagnostic de VRS?     
 Dans l'affirmative, précisez la date de la dernière dose : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 JJ MM AAAA
- 5.3 Le centre de transplantation a-t-il été informé de l'infection par le VRS?

**SECTION 6 – ISSUE**

- 6.1 Patient toujours hospitalisé :     
 6.1.1 Le patient a été transféré à un autre établissement :     
 Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_
- 6.3 Patient ayant obtenu son congé à domicile :     
 Dans l'affirmative, sans séquelle à court terme du VRS   
 avec une oxygénothérapie à domicile en raison du VRS   
 avec d'autres séquelles liées au VRS au congé; précisez : \_\_\_\_\_
- 6.4 Patient décédé :     
 Dans l'affirmative, âge au moment du décès : \_\_\_\_\_ semaines / mois  
 Dans l'affirmative, cause de décès pendant l'hospitalisation :  
 6.4.1 L'infection par le VRS   
 6.4.2 Le VRS a contribué au décès, mais n'en est pas la cause primaire   
 6.4.3 Le VRS n'a pas contribué au décès   
 6.4.4 Autre cause, précisez : \_\_\_\_\_
- 6.5 Perdu au suivi

 **J'accepte que l'équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.** **Je préfère que l'équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

**SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

**Merci d'avoir rempli ce formulaire.**

(VRS 2010-09)