

Maladies des voyageurs chez les enfants et les adolescents qui visitent des amis et des parents à l'étranger (MVEA)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent
Ottawa ON K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télé. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca • www.cps.ca/pcsp

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 sur le patient et le déclarant seront traitées confidentiellement.**

DÉFINITION DE CAS DES MALADIES DES VOYAGEURS CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS QUI VISITENT DES AMIS ET DES PARENTS À L'ÉTRANGER

Une maladie des voyageurs est contractée pendant un séjour à l'étranger et dont les symptômes peuvent se manifester pendant le voyage ou après le retour de l'enfant au Canada. Un voyageur VAF peut être un enfant né à l'étranger ou un enfant né au Canada de parents nés à l'étranger qui va dans un pays d'origine pour rendre visite à des amis et à des membres de la famille. On pose le diagnostic selon des critères cliniques ou de laboratoire.

Déclarer tous les enfants de moins de 18 ans qui habitent au Canada et qui contractent une grave maladie des voyageurs (section 2) pendant un séjour à l'étranger en qualité de voyageurs VAF.

Critères d'exclusion

1. Enfants qui contractent une maladie des voyageurs, mais qui n'allaient pas rendre visite à des amis et à des membres de la famille.
2. Enfants qui contractent une diarrhée ou des infections respiratoires légères et non spécifiques pendant leur voyage, mais qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés.

Mois de la première consultation _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA

1.2 Sexe : Masculin ___ Féminin ___

1.3 Province ou territoire de résidence : _____

1.4 Pays de naissance du patient : _____

1.5 Pays de naissance : mère _____ père _____

SECTION 2 – DIAGNOSTIC, MANIFESTATION ET EXPLORATIONS

2.1 Types de maladies :

2.1.1 l'amibiase (dans le mois suivant le voyage) _____

2.1.2 le choléra (dans la semaine suivant le voyage) _____

2.1.3 la dengue _____

2.1.4 la fièvre entérique (fièvre typhoïde et paratyphoïde, dans les deux mois suivant le voyage) _____

2.1.5 l'hépatite A (dans les deux mois suivant le voyage) _____

2.1.6 l'hépatite B (dans les quatre mois suivant le voyage) _____

2.1.7 l'encéphalite japonaise _____

2.1.8 le paludisme ___ (précisez les espèces) _____

2.1.9 la rougeole (dans les deux semaines suivant le voyage) _____

2.1.10 la poliomyélite _____

2.1.11 la tuberculose symptomatique (non infectieuse) _____

SECTION 2 – DIAGNOSTIC, MANIFESTATION ET EXPLORATIONS (suite)

- 2.1.12 les toxines et infections liées au poisson (précisez le type) _____
- 2.1.13 les infections transmises sexuellement (dans le mois suivant le voyage, sauf le VIH)
(précisez le type) _____
- 2.1.14 les infections parasitiques (p. ex., la schistosomiase, les helminthes [vers], la maladie de Chagas)
(précisez le type) _____
- 2.1.15 les zoonoses (transmises par des animaux; p. ex., leptospirose, anthrax)
(précisez le type) _____
- 2.1.16 les autres maladies transmises par des animaux (à part la dengue, l'encéphalite japonaise ou le paludisme; p. ex., rickettsie, fièvres virales y compris la fièvre jaune, autres fièvres hémorragiques virales et chikungunya, leishmaniose) (précisez le type) _____
- 2.1.17 l'envenimation (p. ex., serpent, araignée, scorpion) ___ (précisez le type) _____
- 2.1.18 les morsures d'animaux exigeant l'administration du vaccin contre la rage ___
(précisez l'animal) _____
- 2.1.19 les autres (une infection des voyageurs en émergence, comme le SRAS) _____
- 2.2 Présentation de la maladie :
- 2.2.1 Symptômes (cochez toutes les réponses applicables)
Fièvre ___ Éruption ___ Diarrhée ___ Toux ___ Jaunisse ___ Encéphalite ___
Autre ___ (énumérez tous les signes et symptômes) _____
- 2.2.2 L'enfant a consulté à : un cabinet ou une clinique ___ l'urgence ___
- 2.2.3 Êtes-vous le premier médecin à voir le patient? Oui ___ Non ___
- 2.3 L'intervalle entre :
- 2.3.1 le début du voyage et l'apparition des symptômes ___ jours ___ semaines ___ mois
- 2.3.2 l'apparition des symptômes et la consultation chez le médecin ___ jours ___ semaines
- 2.3.3 l'apparition des symptômes et le diagnostic ___ jours ___ semaines
- 2.4 Exploration(s) confirmant le diagnostic (énumérez-les toutes) : _____

SECTION 3 – DÉTAILS DU VOYAGE

- 3.1 Pays visités pendant le voyage (énumérez-les tous) : _____

- 3.2 Mois où le voyage a eu lieu : _____
- 3.3 Durée du voyage : ___ jours ___ semaines ___ mois
- 3.4 Type de voyage : rural ___ urbain ___ les deux ___
- 3.5 Types et caractéristiques de l'hébergement pendant le voyage (cochez toutes les réponses applicables) :
Maison familiale ___ Climatisation ___ Moustiquaires ___ Inconnu ___
Autre (décrivez) _____
- 3.6 A-t-il ingéré des aliments et de l'eau à haut risque?
- | | Oui | Non | Inconnu |
|---|-----|-----|---------|
| • Aliments de vendeurs de rue | ___ | ___ | ___ |
| • Eau non traitée | ___ | ___ | ___ |
| • Produits laitiers non pasteurisés | ___ | ___ | ___ |
| • Viande ou poisson crus ou pas assez cuits | ___ | ___ | ___ |
| • Fruits et légumes crus ou non pelés | ___ | ___ | ___ |

SECTION 3 – DÉTAILS DU VOYAGE (suite)

3.7 Avait-on demandé conseil avant le voyage? **Oui Non Inconnu**

___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez de quelle source :

- Clinique de médecine des voyages : MD ___ Infirmière ___ Autre _____
- Clinique de santé publique : MD ___ Infirmière ___ Autre _____
- Pédiatre ___ Omnipraticien ___ Autre _____

3.8 Le patient a-t-il respecté les conseils reçus avant le voyage?

Oui Non Inconnu

- Recommandations au sujet des vaccins : ___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez tous les vaccins administrés et le moment de leur administration par rapport au voyage : _____

- Précautions à l'égard des aliments et de l'eau : ___ ___ ___
- Mesures de prévention du paludisme (au besoin) : ___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez :

Moustiquaires ___

Insectifuge ___

Vêtements protecteurs ___

Chimioprophylaxie ___ Précisez les médicaments _____

Oui Non Inconnu

3.9 A-t-il été exposé : au perçage du corps ou au tatouage? ___ ___ ___
à l'eau douce? ___ ___ ___

SECTION 4 – PRISE EN CHARGE

4.1 Rapport à la santé publique : Effectué ___ Non effectué ___ Inconnu ___

S'il a été effectué, précisez par qui : Vous ___ Quelqu'un d'autre ___

4.2 Soins ambulatoires seulement ___

4.3 Hospitalisation : Nombre total de jours _____ Journées à l'unité de soins intensifs _____

SECTION 5 – ISSUE

Oui Non Inconnu

5.1 Enfant toujours hospitalisé ___ ___ ___

5.2 Enfant transféré à un autre hôpital ___ ___ ___

Dans l'affirmative, précisez le type d'établissement _____

5.3 L'enfant a reçu son congé à la maison ___ ___ ___

Dans l'affirmative, rétablissement complet : ___

Rétablissement avec des séquelles (énumérez) : _____

5.4 L'enfant est décédé ___ ___ ___

Dans l'affirmative, âge au moment du décès : _____ mois / années Cause du décès _____

5.5 Perdu au suivi ___

SECTION 6 – MÉDECIN DÉCLARANT

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

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(MVEA 2009-03)