|  |  |
| --- | --- |
| **Questionnaire sur la listériose invasive** | **Numéro d’identification provincial du cas:** |
| **Numéro d’identification national du cas**  **(ASPC seulement) :** | **Numéro d’identification de laboratoire**  **provincial du cas :** |

|  |
| --- |
| ***Veuillez remplir le questionnaire pour tous les cas de listériose invasive qui répondent à la définition de cas suivante :***  ***Manifestation clinique :*** *La maladie clinique invasive se caractérise par une méningite ou une bactériémie. D’une infection durant une grossesse peut découler une perte fœtale par fausse couche, mortinaissance, méningite néonatale ou bactériémie.*  ***Critères d’analyse pour le diagnostic*** *(confirmation en laboratoire d’une infection avec symptômes) :*   * *Isolement de la bactérie Listeria monocytogenes d’un site normalement stérile (p. ex. sang, liquide céphalorachidien, articulation, liquide pleural ou péricardique) OU* * *Dans le cadre d’une fausse couche ou d’une mortinaissance, isolement de la bactérie L. monocytogenes du tissu placentaire ou fœtal (y compris le liquide amniotique et le méconium)*   ***Pour les cas d’infections causées par la bactérie Listeria chez les femmes enceintes ou les nouveau-nés âgés d’un mois ou moins, la MÈRE est le cas.*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 1. Renseignements sur l’enquêteur** | |
| Cas interrogé par : | Date de l’entrevue : j / m / a |
| Répondant :  Cas  Parent  Conjoint  Fournisseur de soins  Autre (précisez) : | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section 2. Renseignements sur le cas** | | |
| Masquer cette section si le questionnaire est envoyé à l’ASPC | Nom du cas : | Nom de l’enquêté-substitut : |
| Adresse : | Téléphone à domicile :  Téléphone au travail : Téléphone cellulaire : |
| Médecin : | Téléphone du médecin : |
| Âge : | | Sexe :  M  F |
| Bureau de santé ou autorité sanitaire : | | Province : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Le cas d’infection causée par la bactérie *Listeria* est-il associé à une grossesse? (Maladie chez une femme enceinte, un fœtus ou un nouveau-né d’un mois ou moins)** | |
| * Oui * Non * Inconnu | Si la réponse est « Oui », passez à la section 4 Si la réponse est « Non », passez à la section 3.  Si la réponse est « Inconnu », passez à la section 3. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section 3. Données cliniques : (adultes [sauf les femmes enceintes] et enfants âgés de plus d’un mois)** | | |
| Type(s) d’échantillon positif :   Liquide céphalorachidien  Sang  Urine  Autre : \_ | | Profil électrophorétique (ECP):  \_ |
| Date du signalement à l’autorité sanitaire : j / m / a | Date du premier prélèvement  d’échantillon positif : j / m / a \_ | |
| Date d’apparition du premier symptôme : j \_ / m / a \_ Quand les symptômes ont-ils disparu (date du rétablissement)?  j / m / a  Encore malade  Ne sait pas (NSP) | Type de maladie :   * Bactériémie/septicémie  Méningite * Infection urinaire  Autre : | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Symptômes : | Diarrhée\* Maux de tête Vomissements  Frissons | * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP | Crampes abdominales Douleurs musculaires Fièvre  Nausées | * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP | Raideur au cou Confusion Faiblesse  Asymptomatique | * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP |
| *\* Trois selles molles ou plus en 24 heures* Autre (précisez) | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hospitalisation? \* Ne comprend pas les personnes qui se rendent à une salle d’urgence ou à une consultation externe | | | | |
| * Non hospitalisé * Ne sait pas | * Hospitalisé en raison de la listériose * Hospitalisé pour une autre raison | | Date de l’admission : j / m / a  Date de congé de l’hôpital : j / m / a   Encore hospitalisé au moment de l’entrevue | |
| Cas décédé?  O  N Date du décès : j / m / a  Si oui, l’infection causée par la bactérie *Listeria* est-elle la cause initiale de décès ou une cause ayant contribué au décès?  O  N  NSP Si oui, la détermination est-elle fondée sur le certificat de décès?  O  N  NSP | | | | |
| Conditions médicales et traitements sous-jacents?  O  N  NSP Si oui, précisez : | | | | |
| * cancer * maladie cardiaque | * greffe d’organe * néphropathie | * maladie du foie * maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | | * médicament immunosuppresseur * autre (précisez) : |
| **Passez à la section 5. Sources d’exposition** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section 4. Données cliniques : (femme enceinte, fœtus ou nouveau-né âgé d’un mois ou moins)** | | | | | | | | | |
| Type(s) d’échantillon positif : | * Liquide céphalorachidien (mère) * Liquide céphalorachidien (nouveau-né) | | * Sang (mère) * Sang (nouveau-né) | |  Autre : | | Profil électrophorétique (ECP): | | |
| Date du signalement à l’autorité sanitaire : j / m / a | | | | | Date du premier prélèvement  d’échantillon positif : j / m / a | | | | |
| **Renseignements cliniques sur la MÈRE :** | | | | | | | | | |
| Date d’apparition du premier symptôme : j / m / a Quand les symptômes ont-ils disparu (date du rétablissement)?  j / m / a  Encore malade  Ne sait pas (NSP) | | | | | Type de maladie :  Bactériémie/septicémie  Méningite   * Infection urinaire  Aucune * Autre : \_ | | | | |
| Symptômes : | Diarrhée\* Maux de tête Vomissements  Frissons | * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP | | Crampes abdominales Douleurs musculaires Fièvre  Nausées | | * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP | | Raideur au cou Confusion Faiblesse  Asymptomatique | * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP * O  N  NSP |
|  | *\* Trois selles molles ou plus en 24 heures* Autre (précisez) | | | | | | | | |
| Hospitalisation? \* Ne comprend pas les personnes qui se rendent à une salle d’urgence ou à une consultation externe | | | | | | | | | |
| * Non hospitalisé * Ne sait pas | | * Hospitalisé en raison de la listériose * Hospitalisé pour une autre raison | | |  | Date de l’admission : j / m / a  Date de congé de l’hôpital : j / m / a   Encore hospitalisé au moment de l’entrevue | | | |
| Cas décédé?  O  N Date du décès : j / m / a  Si oui, l’infection causée par la bactérie *Listeria* est-elle la cause initiale de décès ou une cause ayant contribué au décès?  O  N  NSP Si oui, la détermination est-elle fondée sur le certificat de décès?  O  N  NSP | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Conditions médicales et traitements sous-jacents?  O  N  NSP Si oui, précisez : | | | |
| * cancer * maladie cardiaque | * greffe d’organe * néphropathie | * maladie du foie * maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | * médicament immunosuppresseur * Autre (précisez) : |
| Résultat de la grossesse :  Toujours enceinte  Mort fœtale (fausse couche/mortinaissance)  Avortement provoqué  Naissance vivante Nombre de semaines de grossesse Date : j / m / a | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Renseignements cliniques sur le NOUVEAU-NÉ :** | | Âge (au moment de l’apparition de la maladie) jours | |
| Date d’apparition du premier symptôme : j / m / a Quand les symptômes ont-ils disparu (date du rétablissement)?  j / m / a  Encore malade  Ne sait pas | | Type de maladie :  Aucune  Bactériémie   * Méningite  Gastroentérite fébrile * Autre : | |
| Hospitalisation? \* Ne comprend pas les personnes qui se rendent à une salle d’urgence ou à une consultation externe | | | |
|  Non hospitalisé  Ne sait pas | * Hospitalisé en raison de la listériose * Hospitalisé pour une autre raison |  | Date de l’admission : j / m / a  Date de congé de l’hôpital : j / m / a   Encore hospitalisé au moment de l’entrevue |
| Nouveau-né décédé?  O  N Date du décès : j / m / a  Si oui, l’infection causée par la bactérie *Listeria* est-elle la cause initiale de décès ou une cause ayant contribué au décès?  O  N  NSP Si oui, la détermination est-elle fondée sur le certificat de décès?  O  N  NSP | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 5. Sources d’exposition** | |
| **Dans les quatre semaines précédant l’apparition de la maladie, avez-vous ou le cas a-t-il :** | |
| habité dans une institution résidentielle?  O  N  NSP  (p. ex. maison de soins infirmiers, établissement de soins de longue durée, hôpital, centre de convalescence, prison, pensionnat) | Type / nom de l’institution : |
| voyagé?  O  N  NSP Si la réponse est oui :   * À l’intérieur de la province ou du territoire * Autre province ou territoire  À l’extérieur du Canada Précisez la destination (pays/ville/centre de villégiature) : | Départ : j / m / a Retour : j / m / a |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 6. Achat d’aliments pour la maison – Veuillez joindre une feuille séparée au besoin**  Où avez-vous acheté ou le cas a-t-il acheté les aliments **consommés à la maison** durant les **quatre dernières semaines** (comprend les épiceries, les marchés de fermiers, les magasins spécialisés, les marchés ethniques, les banques alimentaires, etc.)? | |
| Nom du magasin | Endroit/Adresse |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section 7. Place à manger à l’exterieur du domicile – Veuillez joindre une feuille séparée au besoin**  Dans les **quatre semaines** précédant le début de la maladie, avez-vous ou le cas a-t-il mangé dans un restaurant, un restaurant-minute, un café ou une cafétéria, ou lors d’une activité sociale?  O  N  NSP | | |
| Nom de l’endroit | Lieu | Date |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 8. Régimes particuliers** | |
| Êtes-vous ou le cas est-il végétarien?  O  N  NSP | Êtes-vous ou le cas est-il allergique à des aliments?  O  N  NSP Si oui, précisez les aliments : |
| Dans les quatre semaines précédant la maladie, suiviez-vous ou le cas suivait-il un régime spécial ou restreint?  (p. ex. régime pour diabétique, kasher, halal)  O  N  NSP  Si la réponse est « Oui », veuillez décrire : | |

|  |
| --- |
| **Section 9. Antécédents alimentaires :** Avez-vous ou le cas a-t-il consommé certains des aliments suivants au cours des  **quatre semaines** précédant l’apparition de la maladie? |
| ***Directives à l’intention de l’enquêteur :*** *Pour chaque aliment consommé par le cas, questionnez-le au sujet de la marque et du lieu de l’achat du produit. Pour chaque catégorie, veuillez donner toutes les options au cas. Dans le cas d’une mortinaissance ou d’une infection néonatale (nouveau-né âgé de moins d’un mois), la MÈRE est le cas. Questionnez-la sur ses antécédents alimentaires pendant les quatre semaines précédant l’ACCOUCHEMENT.*  ***DIRECTIVES À LIRE AU CAS :***  J’aimerais connaître les aliments que vous avez consommés au cours des quatre semaines précédant le début de la maladie. Je vais vous poser des questions sur les quatre semaines précédant **cette date**, c’est-à-dire du **j / m / a** au **j / m / a \_**.  Pour chaque aliment, veuillez me donner votre meilleure estimation à savoir si vous avez CONSOMMÉ l’aliment, si vous n’êtes pas sûr de l’avoir consommé, mais que vous l’avez PROBABLEMENT fait ou si vous NE L’AVEZ PAS CONSOMMÉ. Veuillez inclure les aliments mangés seuls, dans un sandwich ou dans un autre mets, y compris les salades.  **\* Probablement (Prob.)** = Le cas croit avoir mangé cet aliment ou mange habituellement cet aliment, mais n’est pas certain d’en avoir mangé au cours de la période en question.  **\*\* Ne sait pas (NSP)** = Le cas ne sait pas s’il a consommé l’aliment au cours de la période en question. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Prob.\*** | **Non** | **NSP\*\*** | **Marque/Détails** | **Où l’aliment a été acheté ou consommé :** |
| **CHARCUTERIE** |  |  |  |  |  | |
| Charcuterie de dinde   * préemballée * tranchée au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |
| Charcuterie de poulet   * préemballée * tranchée au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |
| Charcuterie de bœuf *(p. ex. rôti de boeuf)*   * préemballée * tranchée au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |
| Charcuterie de jambon   * préemballée * tranchée au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |
| Bologne   * préemballé * tranché au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |
| Pastrami   * préemballé * tranché au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Prob.\*** | **Non** | **NSP\*\*** | **Marque/Détails** | **Où l’aliment a été acheté ou consommé :** |
| Salami   * préemballé * tranché au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |
| Pepperoni   * préemballé * tranché au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |
| Autre produit de charcuterie *(p. ex. bœuf salé kielbasa, prosciutto, mortadelle)*  Précisez :   * préemballé * tranché au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |
| Sandwichs/sandwichs roulés préemballés  *(provenant d’un distributeur automatique, d’une cafétéria, d’une station-service, d’une épicerie, etc.)* | O | P | N | NSP |  |  |
| **AUTRES VIANDES :** |  |  |  |  |  | |
| Pâté/viande à tartiner *(pas en conserve)* | O | P | N | NSP |  |  |
| Hot dogs  Si la réponse est « Oui », les hot dogs ont-ils été réchauffés avant d’être mangés?  O  N NSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Viandes salées ou séchées  *(p. ex. charqui, pepperettes)*   * préemballées * déballées au comptoir charcuterie | O | P | N | NSP |  |  |
| Poulet mangé froid *(p. ex. en morceaux ou en lanières, rôtisserie, restes de poulet cuit, poulet froid en salade)*   * acheté cuit, prêt à manger * cuit à la maison et mangé froid plus tard | O | P | N | NSP |  |  |
| Jambon mangé froid *(pas de la viande charcuterie)*   * acheté cuit, prêt à manger * cuit à la maison et mangé froid plus tard | O | P | N | NSP |  |  |
| Dinde mangée froide *(p. ex. en morceaux ou en lanières, restes de dinde cuite)*   * achetée cuite, prête à manger * cuite à la maison et mangée froide plus tard | O | P | N | NSP |  |  |
| Saucisse mangée froide *(p. ex. saucissons au jambon, saucisses à déjeuner, saucisses de Francfort, saucissons secs, restes)*   * achetée cuite, prête à manger * cuite à la maison et mangée froide plus tard | O | P | N | NSP |  |  |
| Bœuf haché | O | P | N | NSP |  |  |
| **FROMAGE** |  |  |  |  |  | |
| Brie | O | P | N | NSP |  |  |
| Camembert | O | P | N | NSP |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Prob.\*** | **Non** | **NSP\*\*** | **Marque/Détails** | **Où l’aliment a été acheté ou consommé :** |
| Fromage bleu *(p. ex. roquefort, gorgonzola, stilton)* | O | P | N | NSP |  |  |
| Féta | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage de chèvre | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage frais de style mexicain ou latino- américain *(p. ex. queso fresco, queso blanco, queso panela)* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres fromages à pâte molle ou semi-molle  *(p. ex. havarti, bocconcini)*  *Précisez : \_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres fromages, de tous types *(p. ex. fromage cottage, ricotta, gouda, fromage vendu en bloc, halloumi)*  *Précisez : \_* | O | P | N | NSP |  |  |
| Fromage non pasteurisé  *Précisez : \_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **PRODUITS LAITIERS** |  |  |  |  |  | |
| Lait non pasteurisé (cru) | O | P | N | NSP |  |  |
| Lait pasteurisé  *Précisez (p. ex. entier, écrémé, 1 %, 2 %, aromatisé)* | O | P | N | NSP |  |  |
| Crème glacée/yogourt glacé/gelato *(y compris le lait frappé, les barres et sandwichs glacés, et autres)*  Si la réponse est « Oui », l’aliment a-t-il été servi mou d’une machine?  O  N NSP | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres produits laitiers *(p. ex. beurre, yogourt, crème sure, crème fouettée)*  *Précisez : \_* | O | P | N | NSP |  |  |
| **FRUITS DE MER** |  |  |  |  |  | |
| Poisson cru *(p. ex. sushi, sashimi, tartare)* | O | P | N | NSP |  |  |
| Poisson fumé ou salé *(pas en conserve ou sachet stérilisable [p. ex. saumon fumé, gravlax, charqui, lox])* | O | P | N | NSP |  |  |
| Crevettes précuites consommées froides *(p. ex. couronne de crevettes, cocktail de crevettes, en salade, restes consommés froids)* | O | P | N | NSP |  |  |
| Crabe précuit consommé froid *(y compris le simili-crabe)* | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres mollusques ou crustacés prêts à manger et servis froids *(p. ex. moules, huîtres, palourdes)* | O | P | N | NSP |  |  |
| **SALADES ET TREMPETTES** |  |  |  |  |  | |
| Salade verte préparée *(p. ex. salade jardinière, salade grecque, salade césar [achetée en magasin, au restaurant ou dans une cafétéria])* | O | P | N | NSP |  |  |
| Salade de pommes de terre   maison  achetée | O | P | N | NSP |  |  |
| Salade de pâtes   maison  achetée | O | P | N | NSP |  |  |
| Salade de haricots   maison  achetée | O | P | N | NSP |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Prob.\*** | **Non** | **NSP\*\*** | **Marque/Détails** | **Où l’aliment a été acheté ou consommé :** |
| Salade de chou   maison  achetée | O | P | N | NSP |  |  |
| Hoummous   maison  acheté | O | P | N | NSP |  |  |
| Autres salades/trempettes *(p. ex. salade de poulet, salade d’œufs, salade de thon, salade de fruits de mer, salade de riz, taboulé)*  *Précisez* :   maison  achetées | O | P | N | NSP |  |  |
| **LÉGUMES FRAIS (CONSOMMÉS CRUS, NON CUITS)** | | | | | | |
| Germes de luzerne | O | P | N | NSP |  |  |
| Germes de soja | O | P | N | NSP |  |  |
| Laitue ou salade achetée préemballée en sachet ou dans un contenant en plastique | O | P | N | NSP |  |  |
| Laitue entière | O | P | N | NSP |  |  |
| Épinards, achetés en vrac ou emballés | O | P | N | NSP |  |  |
| Champignons (crus, non cuits) | O | P | N | NSP |  |  |
| Herbes fraîches *(p. ex. basilic, cilantro, persil)* | O | P | N | NSP |  |  |
| Légumes précoupés emballés *(p. ex. sur un plateau ou une barquette, oignon en dés, céleri en dés, etc.)*  *Précisez* : | O | P | N | NSP |  |  |
| **FRUITS FRAIS** | | | | | | |
| Melon miel   * entier, coupé à la maison * précoupé | O | P | N | NSP |  |  |
| Cantaloup   * entier, coupé à la maison * précoupé | O | P | N | NSP |  |  |
| Melon d’eau   * entier, coupé à la maison * précoupé | O | P | N | NSP |  |  |
| Fruits précoupés emballés *(p. ex. sur un plateau ou une barquette, morceaux de pomme, salade de fruits)* | O | P | N | NSP |  |  |
| Jus de fruits ou de légumes non pasteurisé *(p. ex. jus d’orange fraichement pressé)* | O | P | N | NSP |  |  |

|  |
| --- |
| **Commentaires à l’échelle locale/provinciale/territoriale (joindre des pages supplémentaires au besoin) :** |
|  |

|  |
| --- |
| **Commentaires de l’Agence de la santé publique du Canada (joindre des pages supplémentaires au besoin) :** |
|  |