

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE DE MORSURE OU D'AUTRE EXPOSITION POTENTIELLE À LA RAGE PAR UN ANIMAL

Région socio-sanitaire: _____
Si l'animal domestique est **disponible** utiliser le [formulaire de signalement du MAPAQ](#).
Si l'animal domestique est **non disponible**, compléter les sections suivantes:

1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXPOSÉE À UN ANIMAL NON DISPONIBLE		
Nom et prénom	Date de naissance Année / Mois / Jour	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Adresse		
Ville/Municipalité		Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (autre)	
S'il s'agit d'un enfant, nom du père ou de la mère		
Exposition: Morsure <input type="checkbox"/> Égratignure <input type="checkbox"/> Contact entre la salive (ou le LCR) et une plaie ou une muqueuse <input type="checkbox"/>		
2. DESCRIPTION DE L'INCIDENT		
Ville où s'est produit l'incident	Date de l'incident Année / Mois / Jour	
Espèce animale	Numéro du rapport de police, le cas échéant	
Comportement/état de santé de l'animal au moment de l'incident Inconnu <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Décrire:		
Lieu, circonstances et commentaires: 		
Demande d'analyse Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
3. IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL		
Nom et prénom	Même que la personne exposée <input type="checkbox"/>	
Adresse		
Ville/Municipalité		Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (autre)	
PASSER À LA SECTION A S'IL S'AGIT D'UN MAMMIFÈRE TERRESTRE OU À LA SECTION B S'IL S'AGIT D'UNE CHAUVE-SOURIS		



A. MAMMIFÈRE TERRESTRE : ANIMAL DOMESTIQUE NON DISPONIBLE OU SAUVAGE

(Pour une chauve-souris, passer à la section B)

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ET DONNÉES RELATIVES À L'ANIMAL	
Évènement survenu : à l'intérieur <input type="checkbox"/> à l'extérieur (dehors) <input type="checkbox"/>	Type d'exposition (cocher un ou plusieurs choix): Morsure avec bris cutané <input type="checkbox"/> Site de la morsure : _____ _____ Contact salive Muqueuse/plaie fraîche <input type="checkbox"/> Griffure <input type="checkbox"/> Autre, décrire : _____ _____ Exposition non-significative (passer à la section E)
Animal errant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne s'applique pas <input type="checkbox"/>	
Animal disponible : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
AU MOMENT DE L'INCIDENT :	
État de santé de l'animal Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Impossible à évaluer <input type="checkbox"/>	Comportement de l'animal Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Impossible à évaluer <input type="checkbox"/>
Si anormal : Malade <input type="checkbox"/> Blessé <input type="checkbox"/> Mort <input type="checkbox"/>	Si anormal : Agressif <input type="checkbox"/> Anormalement calme <input type="checkbox"/>
Commentaires : _____ _____ _____	Difficulté à se déplacer <input type="checkbox"/> Activités diurnes anormales <input type="checkbox"/> Autre décrire : _____ _____
ANIMAL DOMESTIQUE DONT LE PROPRIÉTAIRE EST CONNU, DONNÉES COMPLÉMENTAIRES :	
Depuis combien de temps le propriétaire possède-t-il l'animal ? _____	Âge de l'animal : _____
Statut vaccinal adéquat (au moins 2 doses de vaccin antirabique, dont une après l'âge de 1 an).	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/>	Avec preuve écrite <input type="checkbox"/> Sans preuve écrite <input type="checkbox"/>
DANS LES SIX MOIS PRÉCÉDANT L'ÉVÉNEMENT :	
Aucune sortie à l'extérieur sans surveillance ni enclos <input type="checkbox"/> Contacts avec un animal sauvage <input type="checkbox"/> Contacts avec un animal rabique <input type="checkbox"/> Quarantaine en cours <input type="checkbox"/>	Boiterie ou blessure inexpliquée <input type="checkbox"/> Disparition de plus de 24 heures <input type="checkbox"/> Animal utilisé pour la chasse <input type="checkbox"/>
Déplacement dans un autre secteur géographique <input type="checkbox"/> Secteur : _____ Précisions : _____ _____	

OPINION DU PROFESSIONNEL DU MAPAQ OU DU MFFP (AU BESOIN)

Nom et prénom du professionnel:

Téléphone:

Date de la consultation

Année / Mois / Jour

Recommandations

ÉVALUATION DU RISQUE DU SECTEUR GÉOGRAPHIQUE <http://www.inspq.qc.ca/zoonoses/rage>

Municipalité où a eu lieu l'incident:

Municipalité d'où provient l'animal:

Risque élevé Risque moyen Risque faible

Risque élevé Risque moyen Risque faible

Date inscrite sur la carte ou sur la liste des municipalités consultée:

Année / Mois / Jour

POURSUIVRE À LA SECTION C

B. CHAUVÉ-SOURIS: DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ET DONNÉES RELATIVES À L'ANIMAL

EXPOSITION SIGNIFICATIVE: LES DEUX CONDITIONS SUIVANTES SONT NÉCESSAIRES:

1. **Contact physique avec une chauve-souris (C.-S.)**

ET

2. **Ne peuvent être exclus: morsure, griffure ou contact de la salive sur une plaie fraîche ou une muqueuse.**

S'assurer que la description des faits est obtenue d'une personne fiable. Sinon (par exemple, un enfant ou une personne intoxiquée), chercher à savoir si se sont produites des manifestations pouvant faire croire à un tel contact, comme des cris ou des pleurs soudains ou inhabituels, ou une lésion cutanée compatible avec une morsure de chauve-souris.

EXPOSITION SIGNIFICATIVE

Morsure certaine

Griffure

Morsure probable/contact douloureux

Contact de salive avec plaie fraîche

Contact de salive avec muqueuse

Contact avec la gueule, les dents

CONTACT PHYSIQUE AVEC EXPOSITION SUSPECTÉE

Chauve-souris manipulée par un enfant

Chauve-souris écrasée pied nu

Contact de la peau avec chauve-souris en vol

Chauve-souris touchée sans avoir identifié la partie du corps

Autre contact physique suspect: _____

EXPOSITION NON SIGNIFICATIVE

Contact avec fourrure

Chauve-souris trouvée dans la même pièce (personne endormie, intoxiquée, enfant, etc.)

Chauve-souris à proximité sans toucher

À l'extérieur, personne endormie et présence d'une chauve-souris à proximité

Contact avec carcasse desséchée

Trouvée dans une autre pièce **et** porte ouverte (personne endormie, intoxiquée, enfant, etc.)

NOTES ADDITIONNELLES:

Animal disponible: Oui Non

AU MOMENT DE L'INCIDENT:

<p>État de santé de l'animal</p> <p>Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Impossible à évaluer <input type="checkbox"/></p> <p>Si anormal:</p> <p>Malade <input type="checkbox"/> Blessé <input type="checkbox"/> Mort <input type="checkbox"/></p> <p>Décrire:</p> <p>_____</p>	<p>Comportement de l'animal</p> <p>Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Impossible à évaluer <input type="checkbox"/></p> <p>Si anormal:</p> <p>Agressif <input type="checkbox"/> Amorphe <input type="checkbox"/> Difficulté à voler <input type="checkbox"/></p> <p>Activités diurnes anormales <input type="checkbox"/></p> <p>Autre décrire:</p> <p>_____</p>
---	---

POURSUIVRE À LA SECTION C

C. AUTRES PERSONNES EN CONTACT (SI L'ANIMAL EST RABIQUE OU SUSPECT DE RAGE)

EXPOSITION SIGNIFICATIVE – LES DEUX SITUATIONS SUIVANTES DOIVENT ÊTRE ÉVALUÉES:	
Dans les dix jours précédant l'apparition des symptômes, il y a-t-il d'autres personnes ayant eu un contact avec l'animal: Oui <input type="checkbox"/> Combien? _____ Non <input type="checkbox"/>	Dans les dix jours précédant l'apparition des symptômes, y-a-t-il des animaux domestiques en contact avec cet animal rabique: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Remplir l'annexe «Liste des autres personnes en contact avec l'animal rabique» ainsi qu'un questionnaire d'enquête pour chaque personne.	Si oui, aviser le MAPAQ Date Année / Mois / Jour

D. CONDUITE RECOMMANDÉE

Lavage de la plaie 10 minutes à l'eau courante et au savon	Déjà fait <input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas <input type="checkbox"/>
Consultation en 1 ^{re} ligne recommandée <input type="checkbox"/>	Déjà fait <input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas <input type="checkbox"/>
Professionnel consulté:	Date (Année/Mois/Jour)	
Établissement:	Téléphone	
Vaccination antitétanique recommandée <input type="checkbox"/>	Déjà fait <input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas <input type="checkbox"/>
Demander au propriétaire de communiquer avec le MAPAQ - au 1 800 463-5023, option 5 - si son animal domestique a pu avoir un contact avec un animal sauvage		

DÉCISION SUR LA PROPHYLAXIE POSTEXPOSITION (PPE)		
Recommandée <input type="checkbox"/>	Envisagée <input type="checkbox"/>	Non indiquée <input type="checkbox"/>
Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/>	1) PPE recommandée <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/>	
Poids de la personne: Lbs/Kg _____	2) PPE offerte <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/>	
Déjà commencée <input type="checkbox"/>	Date (Année/Mois/Jour)	À cesser <input type="checkbox"/>
À poursuivre <input type="checkbox"/>		
Discussion d'équipe/consultation: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Justification: _____		
Professionnel consulté:		Date (Année/Mois /Jour)

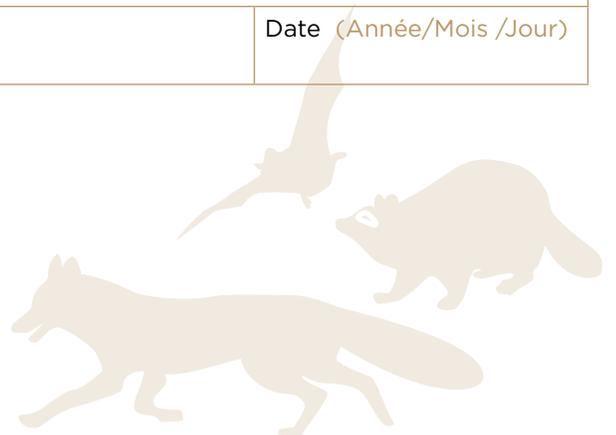
Décision secondaire (à la suite de nouveaux éléments ou à la réception des résultats d'observation ou d'analyse)	
PPE Recommandée <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Non indiquée <input type="checkbox"/>	
Justification: _____	
Professionnel consulté:	Date (Année/Mois /Jour)

E. PROPHYLAXIE POSTEXPOSITION

Vaccination antirabique antérieure		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dates de vaccination (Année / Mois / Jour)
Reçue en préexposition <input type="checkbox"/>	Reçue en postexposition <input type="checkbox"/>	Nom du vaccin:	
Réaction à une dose antérieure de :			
Vaccin antirabique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, spécifier:	
Vaccin RIg	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, spécifier:	
Condition personnelle			
Immunosupprimé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, spécifier:	
Calendrier recommandé (annexer les formulaires de recommandation et de prescription de produits sanguins)			
Vaccination antirabique	5 doses et sérologie (immunosupprimé) <input type="checkbox"/>	4 doses <input type="checkbox"/>	2 doses <input type="checkbox"/>
Vaccin RIg	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Déjà administré <input type="checkbox"/>	Dosage reçu: UI (ml)
Prophylaxie à commencer le: (Année / Mois / Jour)		Lieu:	
Vaccination antitétanique <input type="checkbox"/>	Date de vaccination (Année / Mois / Jour)		
Référer au « Formulaire de vaccination sur la prophylaxie postexposition contre la rage (PPE) »			

COMMENTAIRES

<hr/>	
Nom de l'intervenant:	Date (Année/Mois /Jour)



ANNEXE

LISTE DES AUTRES PERSONNES AYANT EU UN CONTACT AVEC L'ANIMAL RABIQUE			
Cas index	Période déterminée pour la recherche des contacts Du Année / Mois / Jour au Année / Mois / Jour		
Nom et prénom	Date de naissance Année / Mois / Jour	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Poids
Adresse		Téléphone	
Type d'exposition, commentaires et suivi _____			
Nom et prénom	Date de naissance Année / Mois / Jour	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Poids
Adresse		Téléphone	
Type d'exposition, commentaires et suivi _____			
Nom et prénom	Date de naissance Année / Mois / Jour	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Poids
Adresse		Téléphone	
Type d'exposition, commentaires et suivi _____			
Nom et prénom	Date de naissance Année / Mois / Jour	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Poids
Adresse		Téléphone	
Type d'exposition, commentaires et suivi _____			
N.B.: Remplir un questionnaire pour chacun des contacts			