



- La personne contact est :  un personnel hospitalier  un patient
- Nom : ..... Prénom : .....
- Sexe :  M  F Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ou âge: \_\_/\_\_/ (années)
- Adresse du domicile : .....
- Commune : ..... Code Postal : /\_\_\_\_\_/ Pays : .....
- Tel domicile : ..... Tel Portable : ..... email : .....
- Profession du personnel hospitalier contact : (*si applicable*)
  - Médecin / sage-femme / interne  Infirmier  Kinésithérapeute  Aide-soignant
  - ASH  Élève (infirmier, externe...)  Personnel laboratoire
  - Autre, précisez : .....
  - Personnel intérimaire :  Oui  Non  NSP
  - Personnel en renfort :  Oui  Non  NSP
  - Structure/service de rattachement de l'exercice professionnel : .....

#### 4. Données relatives au contact avec le cas index :

Date du dernier contact avec le cas index : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Durée du contact :  < 15 mn  ≥ 15 mn

Distance du contact :  ≤ 1 m  > 1 m et ≤ 2 m  > 2 m

- Circonstance(s) des principaux contacts avec le cas confirmé COVID-19 : (cocher la plus critique)

Soins directs au patient

Réunion de travail

Contact hors profession : pause, déjeuner...

Patients en chambre double

Patients en salle d'attente sans masque...

Autre type de contact (préciser) : .....

- Mesures de protection adoptées lors du contact :

Par le cas :

aucune

masque grand public norme AFNOR ou équivalent

masque chirurgical

masque FFP2

Présence d'un hygiaphone ou d'une autre séparation physique (vitre) entre les deux

Par la personne-contact :

aucune

masque grand public norme AFNOR ou équivalent

masque chirurgical

masque FFP2

## 5. Situation sociale / Besoins de la personne contact (personnel hospitalier) :

- Situation au domicile :  vit seul  autre(s) personne(s) au domicile  
Si autre(s) personne(s), préciser :
  - Personnes à risque de faire une forme grave ? :  Oui  Non
  - Personne avec situation professionnelle de première nécessité (soignant...) :  
 Oui  Non
- La personne contact a-t-elle :
  - Besoin d'hébergement temporaire hors domicile (impossibilité d'isolement à domicile, présence de personnes fragiles au domicile, etc.) :  Oui  Non  
Si oui, préciser : .....
  - Besoin(s) logistique(s) (livraison courses, repas, médicaments, etc.) :  Oui  Non  
Si oui, préciser : .....
  - Besoin en matériels de protection :  
 masques chirurgicaux  solution hydro-alcoolique  Autre, préciser : .....
  - Autres besoins : préciser : .....

## 6. Classement de la personne contact

- Prélèvements :
  - N°1. Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nature :  RT-PCR  sérologie  
Résultat :  positif  négatif  indéterminé  en attente
  - N°2. Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nature :  RT-PCR  sérologie  
Résultat :  positif  négatif  indéterminé  en attente
  - N°3. Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nature :  RT-PCR  sérologie  
Résultat :  positif  négatif  indéterminé  en attente

Besoins d'expertise extérieure :  CPias  ARS  SPFr

Transfert de la fiche à :  CPias  ARS  SPFr Date de transmission : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## 7. Clôture de la fiche

Date de clôture : \_\_/\_\_/\_\_\_\_