

الشعبية الديمقراطية الجزائرية الجمهورية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات  
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

المديرية العامة للوقاية و ترقية الصحة

DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION  
ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE

NOTE DE RAPPEL N° 15 DU 27 AVR 2014  
RELATIVE AU MAINTIEN DU DISPOSITIF  
DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE DU SYNDROME RESPIRATOIRE DU MOYEN ORIENT  
PAR LE NOUVEAU CORONAVIRUS (MERS-NCOV)

REFERENCE : NOTE N° 16 DU 12 JUIN 2013

-----Destinataires-----

Monsieur le Directeur Général de l'INSP  
Monsieur le Directeur Général de l'IPA  
Madame et Messieurs les Directeurs Généraux des CHU et de l'EHU d'Oran  
Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population de Wilaya

En rappel à la note N° 16 du 12 juin 2014 relative à la mise en place du dispositif de surveillance et d'alerte du syndrome respiratoire du Moyen Orient par le nouveau coronavirus (MERS-nCov), j'ai l'honneur de vous informer que les directives édictées dans la note suscitée demeurent en vigueur et appellent à une vigilance plus accrue.

A ce titre, je vous rappelle que ces directives consistent à :

- I. veiller à assurer la disponibilité des moyens de protection individuelle aux niveaux des structures de santé et maintenir suffisant le stock de sécurité en :
  - Masques chirurgicaux, Masques FFP2, Blouses, surblouses, charlottes et lunettes ;
- ii. assurer la disponibilité des kits de prélèvement et leur milieu de transport conformément à la fiche technique N°3 relative aux modalités des prélèvement/IRA sévères ;
- iii. veiller à rendre opérationnel, à tout moment et conformément aux instructions actualisées relatives à la réactivation du dispositif de prise en charge des cas de grippe compliquée (Note N° 38 du 14 novembre 2013 et Note N°02 du 20 janvier 2014) et ce en dédiant aux cas éventuels :
  - 01 lit par service de pneumologie, d'infectiologie ou de médecine interne,
  - 01 lit par service de pédiatrie,
  - 01 lit par service de réanimation
  - 01 lit par maternité.

iv. se conformer, devant tout patient répondant à la définition du cas : « personne ayant séjourné durant les 10 jours précédant l'apparition des signes cliniques, dans un pays du Moyen Orient ou qui a été en contact étroit durant les 10 jours ayant précédé les signes cliniques avec un cas confirmé par le laboratoire » aux mesures suivantes :

- Hospitaliser le patient en respectant les règles habituelles de protection.
- Procéder au prélèvement conformément à la fiche N°3 relative aux modalités de prélèvements des IRA sévères.
- Notifier le cas immédiatement à la DGPPS/MSPRH et à l'INSP conformément à la fiche N°01 relative à la notification d'un cas de MERS-nCov.

v. instruire les responsables des Postes de Contrôle Sanitaire aux Frontières à l'effet d'organiser au sein de l'enceinte aéroportuaire et en direction des voyageurs en partance vers les pays du Moyen Orient et tout particulièrement les omristes, des séances d'éducation sanitaire d'ordre général en insistant sur les mesures individuelles d'hygiène respiratoire et des mains.

Je vous demande d'assurer chacun en ce qui le concerne une large diffusion auprès de l'ensemble des professionnels de santé des établissements de santé publics et privés et vous prie de me tenir informé de toute éventuelle contrainte dans la réactivation de ces directives.

Le Directeur Général



PJ :

- Fiches techniques (03)

**FICHE N° 1 : FICHE DE NOTIFICATION D'UN CAS DE SYNDROME RESPIRATOIRE DU MOYEN ORIENT  
PAR LE CORONAVIRUS (MERS- nCoV)**

*A remplir uniquement pour les MALADES présentant une **IRA sévère** ayant nécessité une hospitalisation en réanimation ou en soins intensifs et répondant à la définition d'un cas d'infection par le nouveau Coronavirus*

Définition du cas : Fièvre > 38°C + toux + dyspnée  
+ Hospitalisation aux UMC ou soins intensifs ou réanimation

Et qui a :

- effectué dans les dix jours précédents l'apparition des signes cliniques, un voyage dans un pays du moyen orient : Arabie Saoudite, Qatar, Emirats arabes unies et Jordanie ...../\_\_\_/
- Ou qui a été en contact étroit dans les dix jours précédents l'apparition des signes cliniques, avec un cas confirmé par le laboratoire d'infection au nouveau Coronavirus......./\_\_\_/

**I- IDENTIFICATION DU MALADE**

Nom : ..... Prénom : .....  
 Age : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ mois / année Sexe : 1- Masculin  2- Féminin   
 Adresse du domicile : ..... Wilaya : .....  
 Tel personnel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**II- STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE INITIALE**

Date d'apparition des 1ers symptômes : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date de la 1<sup>ère</sup> consultation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 1- CHU  2- EHU  3- EHS  4- EPHS  5- Polyclinique   
 6-salle de soins  7- clinique privée  8- cabinet privé  9- autre   
 Nom de la structure et adresse : .....

**III-STRUCTURE D'HOSPITALISATION ET SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE LORS DE L'HOSPITALISATION**

Nom de l'hôpital : ..... Date d'entrée : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Hospitalisation : 1- UMC  2- Soins intensifs  3- Réanimation   
 Mode d'admission : 1- Evacuation  2- Urgence  3- Consultation   
 - Si évacuation, préciser : .....

**IV- SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE A L'ADMISSION**

**1- Symptomatologie à l'admission**

1-T° > 38°C persistante au-delà de 03 jours  2- T° ≤ 35°  3-Freq Respiratoire > 30 mvt/mn   
 4- Fréquence cardiaque > 120  5-Foyer pulmonaire  6- Détresse respiratoire   
 12. Autres

Préciser : .....

2 Co-morbidité associée : 1- Non  2- Oui

Si oui à préciser .....

**3- Gestes de réanimation pratiqués chez le malade**

1-Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>		
2-Ventilation assistée	<input type="checkbox"/>	Si oui, date début ___/___/___/___	Durée totale ___/___/___ heure/jour
• Non invasive	<input type="checkbox"/>	Type .....	Durée totale ___/___/___ heure/jour
• Invasive	<input type="checkbox"/>	Type .....	Durée totale ___/___/___ heure/jour
3-Epuration extra-rénale	<input type="checkbox"/>	Si oui, date début ___/___/___/___	Durée totale ___/___/___ heure/jour
4- ECMO	<input type="checkbox"/>	Si oui, date début ___/___/___/___	Durée totale ___/___/___ heure/jour
5- Transfusion	<input type="checkbox"/>	Si oui, date début ___/___/___/___	Quantité totale ___/___/___

Nom du médecin Chef de service de référence en majuscule et en lettres lisibles : .....

Signature :

# INSTITUT PASTEUR D'ALGERIE

## FICHE N° 2 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES /IRA SEVERES

Dr : F Derrar  
 ☎ /Fax : + 213 (0) 21 39 02 57  
 E-mail : fderrar@pasteur.dz

Réf : F LGVR 7311/01

Unité : Grippe, Virus Respiratoires

N° d'arrivée : ..... Date d'arrivée au laboratoire : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F

Age : /\_\_\_/\_\_\_/ années /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ mois (pour les enfants ≤ 24 mois)

Adresse : .....

.....

Wilaya : ..... Médecin traitant : Dr .....

**NATURE DES PRELEVEMENTS :** 1- Nasal  2- Pharyngé  3- Naso-pharyngé   
 4-Lavage Broncho-Alvéolaire

Date du prélèvement /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

*\*Conserver les prélèvements à (+4°C) au réfrigérateur et envoyer dès que possible au laboratoire*

**CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE :**

Date du début des symptômes : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Date d'hospitalisation : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Voyage récent (<10jours) 1-Non  2- Oui  Si oui, pays : \_\_\_\_\_

Date : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**SIGNES CLINIQUES PRESENTES PAR LE MALADE :**

T° lors de la consultation : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/°C

Prise d'antipyrétiques/anti-inflammatoires avant la consultation : 1- Non  2- Oui

T° max présentée par le malade objectivée à l'aide d'un thermomètre : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/°C

Début brutal (48-72 h) : 1-Non  2- Oui  Toux : 1-Non  2- Oui

Courbatures, myalgies : 1-Non  2- Oui  Frissons : 1-Non  2- Oui

Asthénie intense : 1-Non  2- Oui  Dyspnée : 1-Non  2- Oui

Cyanose : 1-Non  2- Oui  Convulsion: 1-Non  2- Oui

Décompensation d'une affection chronique pré-existante: 1-Non  2- Oui

Autres : 1-Non  2- Oui

Lesquels : .....

Prescription d'un antibiotique/antiviral : 1- Non  2- Oui

Si oui, lesquels ? .....

Signature du Médecin traitant

