

- Principes pour la saisie des informations et des données relatives à l'enquête épidémiologique
 - Cibler les cas confirmés de COVID-19 parmi les étrangers qui ont des difficultés à communiquer en coréen
 - La personne confirmée doit saisir elle-même les éléments obligatoires de « l'enquête épidémiologique de base » et de « l'enquête épidémiologique approfondie » dans la mesure du possible.
 - Les éléments obligatoires (21 éléments au total : surlignés) doivent être saisis.
 - Le personnel des centres de santé publique doit confirmer / examiner / ajouter les informations si nécessaire avec le soutien d'un traducteur bénévole.
- Précautions à prendre pour saisir les éléments obligatoires de l'enquête épidémiologique de base / approfondie
 - 1. Informations personnelles
 - 1.2 Si l'individu confirmé n'a pas de numéro d'enregistrement d'étranger : saisissez sa « date de naissance » dans la première colonne.
 - * 1.2. Les chiffres restants du numéro attribué (à traiter par le personnel du centre de soins de santé)
Étranger, homme, né avant 2000(5000000), Étranger, femme, née avant 2000(6000000), Étranger, homme, né en 2000 ou après(7000000), Étranger, femme, née en 2000 ou après(8000000)
 - 1.5 Adresse résidentielle : adresse actuelle de résidence
 - 1.7 Profession : saisissez le nom de la société ou de l'école, l'adresse et les informations de contact.
 - 2. Symptômes et affections sous-jacentes
 - 2.1 État des symptômes 2.2. Date de manifestation des symptômes 2.3 Les premiers symptômes doivent être vérifiés
 - 3. Mode d'infection estimé
 - 3.2 Contact avec le cas confirmé : indiquez les noms et les liens de parenté des individus préliminaires confirmés (individus précédemment identifiés comme confirmés) rencontrés sur une période de 14 jours avant la date de manifestation du premier symptôme jusqu'à aujourd'hui.
 - 3.4 Autres : indiquez tout autre élément en lien avec le mode d'infection estimé
 - 4. Historique de l'utilisation de tout établissement / site public
 - Indiquez tous les établissements / sites utilisés par le public (pour manger, dormir, travailler, etc.) pendant une période de 14 jours avant la date de manifestation du premier symptôme jusqu'à aujourd'hui.
 - 5. Contacts avec la famille et le public
 - Ces informations sont utilisées pour identifier tous les individus avec lesquels le cas confirmé a été en contact à son domicile, dans les établissements publics et les établissements médicaux sur une période de 2 jours avant la date de manifestation du premier symptôme jusqu'à aujourd'hui.
 - Indiquez les lieux et les personnes contactées (nombre d'individus).

Lieu d'enregistrement : Centre d'information COVID-19 (covid19.kdca.go.kr) - Enquête épidémiologique - Enquête épidémiologique de base (cas confirmés)						
Enquêteur	Juridiction		Contact	(Bureau)	Site de l'enquête (Nom du centre de santé publique, nom de l'établissement médical)	
	Centre de santé publique de l'enquête			(Mobile)		
	Nom de l'enquêteur		Date de l'enquête	JJ.MM.AAAA		

N° du cas confirmé	(Attribué par le KCDC)	Site de test		Type et emplacement de la quarantaine	Domicile Hébergement Hôpital (Nom :)
Date de la confirmation	JJ.MM.AAAA	Date du test	JJ.MM.AAAA	Date de début de la quarantaine	JJ.MM.AAAA

1. Informations personnelles (Cochez ☒ pour tous les éléments correspondants)

1.1 Nom		1.2 Numéro enregistrement étranger	Date de naissance	Numéro attribué	1.3 Sexe	Homme Femme
1.4 Nationalité	Coréen Étranger ()	1.5 Adresse de résidence				
1.6 Contact	Patient Assistant	1.7 Profession (Nom de la société, nom de l'école)	Employé : (Nom de la société : Adresse : Contact :) Sans emploi :			
1.8 Personnel de l'établissement médical	Applicable [Docteur Infirmière Autre (Radiologiste, Aide-soignante, Technologue médical, Transport médicalisé, Autres) _____] Non applicable					
1.9 Invalidité enregistrée	Oui Non	1.10 Type d'invalidité	Physique Mentale, etc.		1.11 Gravité de l'invalidité	Sévère Mineure

2. Symptômes et affections sous-jacentes (cochez ☒ pour tous les éléments correspondants)

2.1 Statut des symptômes (14 jours avant la date de manifestation des symptômes jusqu'à aujourd'hui)	Oui (compléter 2.2 et 2.3) Non	2.2 Date de manifestation des symptômes	JJ.MM.AAAA			
2.3 Symptôme initial	<input type="checkbox"/> Fièvre (inclus évaluation subjective)	<input type="checkbox"/> Symptômes respiratoires	<input type="checkbox"/> Autres symptômes		<input type="checkbox"/> Pneumonie	
	Oui () Non	Oui Non	Toux Flegme Maux de gorge Difficulté à respirer	Oui Non	Douleurs musculaires Mal de tête Frissons Perte du goût Perte de l'odorat Autres	Oui Non Imagerie thoracique (CT / RX) Oui Non
2.4 Affections sous-jacentes	Oui (Affection :) Non		2.5 Grossesse	Oui (semaines) Non		
2.6 Statut du traitement (après confirmation)	Traitement standard Traitement à l'oxygène (canule nasale, masque) Respiration artificielle ECMO Décès Diagnostic en cours Autres ()		2.7 Tabagisme	Fumeur Ex-fumeur Non-fumeur		
2.8 Résultat du test Ct. en laboratoire	Site du test	Gène RdRp	Gène E	Gène N		
2.9 Initiation du test	Par le patient Opinion / recommandation du médecin Voyage à l'étranger Relation épidémiologique avec une infection en groupe, Connaissance ou membre de la famille confirmé					

2.10 Vaccination COVID-19	<input type="checkbox"/> Vaccination Status	Oui Non	Type de vaccin	1 ^{er}	Pfizer Moderna AstraZeneca Janssen Autres	Date de la vaccination	JJ.MM.AAAA
	Site de la vaccination	Corée (Site :) À l'étranger (Pays :)		2 ^{ème}	Pfizer Moderna AstraZeneca Janssen Autres		JJ.MM.AAAA
3. Mode d'infection estimé (14 jours avant la date de manifestation des symptômes jusqu'à aujourd'hui. Cochez <input checked="" type="checkbox"/> pour tous les éléments correspondants)							
3.1 Voyage à l'étranger(pays)	Oui (Pays :) Date d'immigration : JJ.MM.AAAA						Non
3.2 Contact avec un individu confirmé	Oui (Famille / membre du foyer) Nom : N° cas confirmé :) Relation : (Autre que famille / membre du foyer) Nom : N° cas confirmé :) Relation : Date du dernier contact JJ.MM.AAAA						Non
3.3 Infection en groupe	Oui (Famille / membre du foyer) Établissement médical Établissement religieux Centre de soins infirmiers / de santé mentale École Autres						Non
3.4 Autres							
3.5 Personne confirmée au préalable Vérifié par l'autorité de la juridiction (par ordre de priorité)	N° cas confirmé : Nom : Relation : Lieu d'exposition : Date de première exposition : Date de dernière exposition : N° cas confirmé : Nom : Relation : Lieu d'exposition : Date de première exposition : Date de dernière exposition : N° cas confirmé : Nom : Relation : Lieu d'exposition : Date de première exposition : Date de dernière exposition :						
4. Antécédents d'utilisation de l'établissement par le groupe (établissement médical, centre, etc.) (14 jours avant la date de manifestation des symptômes jusqu'à aujourd'hui, cochez <input checked="" type="checkbox"/> pour tous les éléments correspondants).							
Oui (Établissement / Centre : , Admission (Hospitalisation) (Date d'admission : JJ.MM.AAAA) Sortie (Date de sortie : JJ.MM.AAAA)							Non
5. Contacts avec la famille (membre du foyer) et dans l'établissement du groupe (14 jours avant la date de manifestation des symptômes jusqu'à aujourd'hui, cochez <input checked="" type="checkbox"/> pour tous les éléments correspondants)							
5.1 Contact avec la famille (membre du foyer)	Oui (Nombre :)						Non
5.2 Contacts dans les établissements du groupe (établissement religieux, de soins infirmiers / de santé mentale, école, etc.)	Oui (Nom de l'établissement : , Nombre :)						Non
5.3 Contacts dans un établissement médical	Oui (Nom de l'établissement : , Nombre :)						Non
6. Résultat de la classification des cas ✖ Vérifié par l'autorité de la juridiction							
6.1 1 ^{ère} catégorie	Flux entrant de l'étranger Lien avec flux entrant de l'étranger Établissements de santé Autres établissements Contact avec cas confirmé Aucune classification						
6.2 2 ^{ème} catégorie							
6.3 Remarques							

Pièce
jointe 3

Enquête épidémiologique approfondie sur le COVID-19 (pour les cas confirmés chez les étrangers)

, . 2021

N° cas confirmé		Nom		Numéro d'enregistrement d'étranger (numéro de passeport)	
Adresse de résidence					
<Composition du foyer>					
Lien de parenté		Nom		Contact	
<Informations professionnelles>					
Nom de la société		Type d'activités		Contact	
<Autres informations personnelles>					
- Carte de crédit : Numéro de la carte Société émettrice Nom du titulaire					
- Téléphone mobile : Opérateur Nom du titulaire du compte					
<Mode d'infection estimé>					
<Suivi>					
Date (Jour)		Localisation (Lieu, bâtiment)		Moyen de transport (à pied, voiture, vélo)	
				Situation Décrivez où, qui et quoi en détail	
				Remarques sur les personnes contactées (Nom, relation, contact)	