



## GOVERNEMENT DES ETATS UNIS D'AMERIQUE DÉCLARATION CONCERNANT L'ÉTAT DE SANTÉ DU VOYAGEUR

Un agent de DHS doit remplir ce formulaire pour le voyageur. Les renseignements sont recueillis dans le cadre des mesures de santé publique mises en place pour faire face à l'épidémie de fièvre Ebola. Ils seront utilisés par les agences de santé publique américaines ou d'autres agences internationales, fédérales, d'État ou locales à cette fin. La collecte de ces renseignements est autorisée en vertu des articles 311 et 361 à 368 du Public Health Service Act (loi sur la santé publique).

REMARQUE : la coopération avec le CDC pour l'évaluation des risques proposée est volontaire, toutefois si une personne refuse de fournir les informations demandées, donne des informations fausses pendant le contrôle ou pendant une enquête sur la maladie, le CDC peut, s'il est raisonnable de croire que la personne est infectée ou a été exposée au virus Ebola, la mettre en quarantaine, l'isoler ou la placer sous surveillance en vertu des règlements 42 CFR 71.32 et 71.33.

### Informations sur le passager :

Nom de famille : ..... Prénom : .....

Pays de délivrance du passeport : ..... Numéro de passeport : .....

Date d'arrivée : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (JJ/MM/AA) Compagnie aérienne : .....

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (JJ/MM/AA) Numéro de vol : ..... Numéro de siège : .....

Sexe :  Masculin  Féminin Pays touché(s) par l'épidémie de fièvre Ebola visité(s) au cours des 21 derniers jours : .....

1<sup>ère</sup> adresse électronique : ..... 2<sup>e</sup> adresse électronique : .....

1<sup>er</sup> numéro de téléphone (inclure le code du pays ou le nom du pays) : .....

2<sup>e</sup> numéro de téléphone (inclure le code du pays ou le nom du pays) : .....

Adresse du domicile : .....

Adresse au cours des 21 prochains jours : .....

Numéro de téléphone d'un ami ou de la famille aux États-Unis (.....) - .....

Adresse électronique d'un ami ou de la famille aux États-Unis : .....

### Observation visuelle de l'agent du DHS

Le voyageur semble-t-il malade ?

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'agent du DHS doit poser les questions suivantes au voyageur :

**Avez-vous eu un ou plusieurs des symptômes suivants aujourd'hui ou au cours des deux derniers jours ?**

Oui Non

a. Fièvre (38 °C/100° F ou plus), sensation de fièvre, ou frissons.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Des vomissements ou une diarrhée.

**Au cours des 21 derniers jours, avez-vous :**

Oui Non

c. habité dans le même foyer ou eu des contacts avec une personne malade de la fièvre Ebola ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. travaillé dans un établissement de santé ou dans un laboratoire dans un pays affecté par l'épidémie de fièvre Ebola ?

e. touché la dépouille d'une personne décédée dans un pays affecté par l'épidémie de fièvre Ebola ?

### Mesure prise par l'agent du DHS

<input type="checkbox"/> Voyageur orienté vers le CDC
---

OU

<input type="checkbox"/> a donné le feuillet détachable au voyageur,	<input type="checkbox"/> les documents du CDC sur la santé, ET	<input type="checkbox"/> laissé partir le voyageur
--	--	--

La charge de travail liée au recueil de ces renseignements pour le rapport public est estimée à 15 minutes par réponse, y compris le temps de lire les directives, chercher les sources de données existantes, recueillir et maintenir les données nécessaires, compléter et réviser la collecte des informations. Un organisme n'est autorisé à mener ou à financer un tel recueil de renseignements que s'il est en mesure de présenter un numéro de contrôle de l'OMB valable, dans le cas contraire, la personne interrogée n'est pas tenue de fournir les renseignements demandés. Envoyez vos commentaires au sujet de l'estimation de la charge de travail ou sur tout autre aspect de ce recueil de renseignements, y compris des suggestions visant à réduire cette charge à l'adresse suivante : CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333, États-Unis ; ATTN : PRA 0920-0821.