

# SENEGAL FICHE DE NOTIFICATION DE FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE

Numéro  
d'identification  
du patient:

Autre numéro  
d'identification :

Date de Notification: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

## Section 1. Information sur le Patient

Nom de Famille: \_\_\_\_\_ Autres Noms: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  Années  Mois

Sexe:  Masculin  Féminin Numéro de Téléphone (Patient/Famille): \_\_\_\_\_ Propriétaire du Téléphone: \_\_\_\_\_

Etat du patient au moment de la collecte d'information:  Vivant  Décédé Si *décédé*, Date du Décès: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

### Lieu de Résidence Permanente:

Nom du Chef de Famille: \_\_\_\_\_ Village/Ville: \_\_\_\_\_ Arrondissement: \_\_\_\_\_

Pays de Résidence: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_ Département: \_\_\_\_\_

### Occupation:

Planteur/Éleveur  Boucher  Chasseur/Vendeur de viande de brousse  Mineur  Chef religieux

Ménagère  Étudiant  Enfant  Médecin traditionnel

Commerçant; type de commerce: \_\_\_\_\_  Transporteur; type de transport: \_\_\_\_\_

Personnel de santé; position: \_\_\_\_\_ nom du centre médical: \_\_\_\_\_

Autre; précisez le métier: \_\_\_\_\_

### Endroit où le Patient est Tombé Malade:

Village/Ville: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_ Département: \_\_\_\_\_

Coordonnées GPS de la maison: Latitude: \_\_\_\_\_ Longitude: \_\_\_\_\_

Si ce n'est pas la résidence permanente, Dates de résidence dans cet endroit: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

## Section 2. Signes Cliniques et Symptômes

Date de début des signes et symptômes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

Cochez tous les signes et symptômes observés ou ressentis entre la date de début de la maladie et la date de notification:

Fièvre  Oui  Non  Inc

Si oui, Temp: \_\_\_° C Mesure:  Creux Axillaire  Bouche  Rectale

Nausées / Vomissements  Oui  Non  Inc

Diarrhées  Oui  Non  Inc

Fatigue générale intense  Oui  Non  Inc

Perte d'appétit / anorexie  Oui  Non  Inc

Douleurs abdominales  Oui  Non  Inc

Douleurs thoraciques  Oui  Non  Inc

Douleurs musculaires  Oui  Non  Inc

Douleurs articulaires  Oui  Non  Inc

Céphalées  Oui  Non  Inc

Toux  Oui  Non  Inc

Difficultés à respirer  Oui  Non  Inc

Difficultés à avaler  Oui  Non  Inc

Mal à la gorge  Oui  Non  Inc

Ictère (conjonctives/gencives/peau)  Oui  Non  Inc

Conjonctivite (œil rouge)  Oui  Non  Inc

Eruptions cutanées  Oui  Non  Inc

Hoquet  Oui  Non  Inc

Douleurs retro-orbitaires/photophobie  Oui  Non  Inc

Coma / perte de conscience  Oui  Non  Inc

Confusion ou désorientation  Oui  Non  Inc

Saignements  Oui  Non  Inc

### Si Oui:

Saignements des gencives  Oui  Non  Inc

Saignements aux sites d'injections  Oui  Non  Inc

Saignements du nez (épistaxis)  Oui  Non  Inc

Selles rouges ou noires (mélénas)  Oui  Non  Inc

Vomissements sanglants (hématémèses)  Oui  Non  Inc

Vomissement noirâtre (vomito negro)  Oui  Non  Inc

Toux sanglante (hémoptysie)  Oui  Non  Inc

Saignements vaginaux,  Oui  Non  Inc

en dehors des règles

Hématomes / Pétéchies / purpura  Oui  Non  Inc

Sang dans les urines (hématurie)  Oui  Non  Inc

Autres signes hémorragiques  Oui  Non  Inc

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Autres signes cliniques non-hémorragiques:  Oui  Non  Inc

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

## Section 3. Informations sur l'hospitalisation

**Au moment de cette notification, le malade est-il déjà hospitalisé ou en cours d'admission à l'hôpital?**  Oui  Non

*Si oui*, Date d'hospitalisation: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A) Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_

Village/Ville: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_ Département: \_\_\_\_\_

Le malade est-il en isolement/en cours d'isolement?  Oui  Non *Si oui*, Date d'isolement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

**Le malade était-il hospitalisé ailleurs ou a visité un centre de soins pour la maladie actuelle?**  Oui  Non  Inc

*Si oui*, veuillez compléter une ligne ci-dessous pour chacune des hospitalisations précédentes:

| Dates d'hospitalisation             | Nom du centre médical | Village | Région | Le patient était-il en isolement?                            |
|-------------------------------------|-----------------------|---------|--------|--|
| ___/___/___ - ___/___/___ (J, M, A) |                       |         |        | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| ___/___/___ - ___/___/___ (J, M, A) |                       |         |        | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |

Numéro d'identification du patient:

## Section 4. Epidémiologie / Facteurs d'expositions

### PENDANT LE MOIS PRÉCÉDENT LE DÉBUT DES SYMPTÔMES:

**1. Il y a-t-il eu contacts avec un malade Ebola, connu/suspect, ou simplement avec une personne malade?**  Oui  Non  Inc

*Si oui*, veuillez compléter une ligne ci-dessous pour chacun des malades pouvant être une source de contamination:

| Nom du malade potentiel | Lien de parenté | Date(s) du contact (J, M, A) | Village | Région | Est-ce-que la personne était vivante ou décédée ?   | Types de contact** |
|-------------------------|-----------------|------------------------------|---------|--------|---|--------------------|
|                         |                 | ___/___/___ - ___/___/___    |         |        | <input type="checkbox"/> Vivante<br><input type="checkbox"/> Décédée, Date: ___/___/___ (J, M, A) |                    |
|                         |                 | ___/___/___ - ___/___/___    |         |        | <input type="checkbox"/> Vivante<br><input type="checkbox"/> Décédée, Date: ___/___/___ (J, M, A) |                    |
|                         |                 | ___/___/___ - ___/___/___    |         |        | <input type="checkbox"/> Vivante<br><input type="checkbox"/> Décédée, Date: ___/___/___ (J, M, A) |                    |

**\*\*Type de contact: (indiquez toutes les possibilités)**

- 1 – A touché des sécrétions/excréments du malade (sang, vomissures, salive, urine, selles)
- 2 – A touché directement le corps du malade (vivant ou décédé)
- 3 – A touché ou partagé linges, habits, plats/assiettes, instruments avec le malade
- 4 – A dormi ou mangé avec, ou séjourné dans la même maison ou pièce que le malade

**2. Est-ce-que le patient a participé à des funérailles avant la maladie actuelle?**  Oui  Non  Inc

*Si oui*, veuillez compléter une ligne ci-dessous pour chacune des participations à un enterrement:

| Nom de la personne décédée | Lien de parenté | Dates de participation aux funérailles (J, M, A) | Village | Région | Avez-vous porté ou touché le corps?                       |
|----------------------------|-----------------|--|---------|--------|---|
|                            |                 | ___/___/___ - ___/___/___                        |         |        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|                            |                 | ___/___/___ - ___/___/___                        |         |        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

**3. Le patient a-t-il voyagé en dehors de chez lui ou de son village/ville avant la maladie actuelle?**  Oui  Non  Inc

*Si oui*, Village: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_ Date(s): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

**4. Le patient a-t-il été hospitalisé, a-t-il consulté dans un hôpital ou visité quelqu'un hospitalisé avant la maladie actuelle?**  Oui  Non  Inc

*Si oui*, Nom du patient: \_\_\_\_\_ Date(s): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

Nom du Centre Médical: \_\_\_\_\_ Village: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_

**5. Le patient a-t-il consulté un médecin traditionnel avant la maladie actuelle?**  Oui  Non  Inc

*Si oui*, Nom du Médecin: \_\_\_\_\_ Village: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

**6. Le patient a-t-il eu un contact direct (chasse, touché, mangé) avec des animaux ou de la viande crue avant de tomber malade?**  Oui  Non  Inc

*Si oui*, cochez les cases nécessaires:

|   |  |
|---|--|
| <b>Animal:</b>  | <b>Status (check one only):</b>  |
| <input type="checkbox"/> Chauve-souris (ou excréments de) | <input type="checkbox"/> En bonne santé <input type="checkbox"/> Malade/Mort |
| <input type="checkbox"/> Singes                           | <input type="checkbox"/> En bonne santé <input type="checkbox"/> Malade/Mort |
| <input type="checkbox"/> Rongeurs (ou excréments de)      | <input type="checkbox"/> En bonne santé <input type="checkbox"/> Malade/Mort |
| <input type="checkbox"/> Cochons                          | <input type="checkbox"/> En bonne santé <input type="checkbox"/> Malade/Mort |
| <input type="checkbox"/> Volaille ou oiseaux sauvages     | <input type="checkbox"/> En bonne santé <input type="checkbox"/> Malade/Mort |
| <input type="checkbox"/> Vaches, chèvres, ou moutons      | <input type="checkbox"/> En bonne santé <input type="checkbox"/> Malade/Mort |
| <input type="checkbox"/> Autres; précisez: _____          | <input type="checkbox"/> En bonne santé <input type="checkbox"/> Malade/Mort |

7. Est-ce que le patient a eu une piqûre de tique dans les 2 dernières semaines?  Oui  Non  Inc

## Section 5. Prélèvements Biologiques pour le Laboratoire

### Mode de prélèvements et d'envoi :

- Identifier le tube: **nom**, **date de prélèvement** et le **numéro d'identification du malade**
- Envoyer les échantillons avec **réfrigération**, and **emballés correctement**.
- Prélever le sang complet dans un tube EDTA (bouchon violet) tube – si non disponible, bouchon vert (héparine) ou rouge (sans anticoagulant) sont acceptables
- **Volume demandé = 4ml** (volume minimum = 2ml)

Est-ce qu'un prélèvement a déjà été soumis pour ce malade?  Oui  Non

### Prélèvement 1:

Ne pas remplir

Date du prélèvement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

Type de prélèvement:

- Sang complet
- Ponction cardiaque (*post-mortem*)
- Biopsie de peau
- Autre prélèvement, précisez: \_\_\_\_\_

### Prélèvement 2:

Ne pas remplir

Date du prélèvement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

Type de prélèvement:

- Sang complet
- Ponction cardiaque (*post-mortem*)
- Biopsie de peau
- Autre prélèvement, précisez: \_\_\_\_\_

## Section 6.

## Fiche de notification complétée par:

Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Role: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_ Centre médical: \_\_\_\_\_  
Informations fournies par  Patient  Représentant; *Si représentant*, Nom: \_\_\_\_\_ Lien de parenté: \_\_\_\_\_

Nom du Patient:

Numéro Identification du Patient:

**\*\* Si le patient est décédé ou est déjà convalescent ou guéri, veuillez remplir la section suivante.**

**\*\* Si le malade va être admis à l'hôpital, ne complétez pas la section suivante, (ce sera fait lors de la sortie)**

## Section 7. Statut final du patient

**Veuillez remplir cette section lorsque le patient est guéri et sort de l'hôpital ou lors de son décès.**

Date à laquelle les informations sont rapportées: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

Statut final du patient:  Vivant  Décédé

Est-ce que le patient a eu des signes hémorragiques inexpliqués pendant la durée de la maladie?  Oui  Non  Inc

*Si oui*, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

### **Si le malade est guéri et sort de l'hôpital:**

Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_

*Si le malade était en isolement, date de sortie de la zone d'isolement:* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

Date de sortie de l'hôpital: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

### **Si le malade est décédé:**

Date du décès: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

Lieu du décès:  Domicile  Hôpital: \_\_\_\_\_  Ailleurs: \_\_\_\_\_

Village: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_ Département: \_\_\_\_\_

Date des funérailles: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A) Funérailles organisées par:  Famille/communauté  Equipe d'enterrement

Lieu des funérailles/enterrement:

Village: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_ Département: \_\_\_\_\_

**Veuillez cocher une réponse pour tous les signes et symptômes, indiquant s'ils ont été trouvés ou non pendant toute la durée de la maladie (en tenant compte également de la période d'hospitalisation):**

|   |  |
|---|--|
| Fièvre  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| <i>Si oui</i> , Temp: ____° C Mesure: <input type="checkbox"/> Creux Axillaire <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Rectale |  |
| Nausées / Vomissements  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Diarrhées   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Fatigue générale intense  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Perte d'appétit / Anorexie  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Douleurs abdominales  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Douleurs thoraciques  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Douleurs musculaires  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Douleurs articulaires   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Céphalées   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Toux  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Difficultés à respirer  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Difficultés à avaler  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Mal à la gorge  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Ictère (conjonctives/gencives/peau)   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Conjonctivite (œil rouge)   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Eruptions cutanées  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Hoquet  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Douleurs retro-orbitaires/photophobie   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |
| Coma / perte de conscience  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc |

Confusion ou désorientation  Oui  Non  Inc

**Autres signes ou symptômes cliniques non hémorragiques:**  Oui  Non  Inc

*Si oui, Veuillez précisez:* \_\_\_\_\_