

Temperature	
CARE ID #	
CARE cell #	
Language	

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

**DHS should complete this form for EACH traveler.** 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.

### Traveler's Information:

Pays touchés par l'épidémie de fièvre Ebola visités au cours des 21 derniers jours : .....Date de départ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (MM/JJ/AA)

Nom de famille : .....Prénom : .....

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

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (MM/JJ/AA) Sexe : Masculin  Féminin  Date d'arrivée : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (MM/JJ/AA)

Compagnie aérienne : .....Numéro de vol : .....Numéro(s) de siège : .....

1<sup>ère</sup> adresse e-mail : .....2<sup>e</sup> adresse e-mail : .....

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(s) au cours des 21 prochains jours (préciser les dates) : .....

.....

Numéro de téléphone d'un ami ou d'un parent aux États-Unis .....

Adresse e-mail d'un ami ou d'un parent aux États-Unis :.....Numéro de téléphone : (.....).....-.....

### DHS visual observation

Have you observed vomiting, diarrhea, or visible bleeding?

Yes	No
Oui	Non

--	--

*DHS Officer, ask traveler the following questions:*

**Avez-vous observé un ou plusieurs des symptômes suivants aujourd'hui ou au cours des dernières 48 heures ?**

Oui	Non
-----	-----

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


B. Vomissements ou diarrhée


**Au cours des 21 derniers jours (3 semaines), avez-vous :**

Oui	Non
-----	-----

C. habité dans le même foyer ou eu des contacts avec une personne malade de la fièvre Ebola, ou avec une personne très malade ou qui est décédée?


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


E. avez été autour d'un décédé ou a touché un cadavre, ou avez assisté à un enterrement, dans un pays où se trouve une flambée d'Ebola?


**DHS Action Taken**

**DHS Officer's Name:** \_\_\_\_\_ **Airport Code:** \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Gave tear sheet	<input type="checkbox"/>	Gave CARE Kit
--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------

<input type="checkbox"/>	Referred to CDC	<b>OR</b>	<input type="checkbox"/>	Released
--------------------------	-----------------	-----------	--------------------------	----------

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 0920-1031.