

FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE – FORMULAIRE LISTANT LES CONTACTS

Informations sur le malade									
Numéro d'identification du malade	Nom de Famille	Autres Noms	Chef de Famille	Village	Département	Région	Date de Début de la Maladie	Date d'admission à l'isolement	Date du Décès

****For all information on location, please list information on where the contact will be residing for the next month.**

Informations sur le contact													
Nom	Autres noms	Sexe (H/F)	Age (an)	Lien du contact au cas	Date du dernier contact avec le malade	Types de Contact (1,2,3,4)* <u>indiquez tout</u>	Chef de famille	Village	Région	Département	Chef de Village	Numéro de telephone	Personnel de Santé (O/N) <i>Si oui, quel centre médicale?</i>

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB Control Number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA 0920-XXXX.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

***Types de Contacts (notez toutes les possibilités):**

- 1 – A touché des sécrétions/excrétions du malade (sang, vomissements, 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

Feuille de contacts remplie par: Nom: _____ Position: _____ Téléphone: _____