

N° d'identification locale:

N° d'identification nationale:



Form Approved
OMB No. 0920-1033
Exp. Date 04/30/2015

Risque d'exposition au personnel de santé (PS) à la maladie à virus Ebola (MVE) : Formulaire à remplir pour les cas de MVE chez le PS en Afrique de l'Ouest

Date complétée: (jj/mm/aa) ____/____/____

Classification du cas : Suspect Probable Confirmé

Date du début des signes/ symptômes : (jj/mm/aa) ____/____/____

21 jours avant date du debut des signes/ symptômes : (jj/mm/aa) ____/____/____

Salut, je m'appelle (Nom, Prénom) _____ et je travaille dans la riposte contre Ebola. Nous demandons les questions aux personnel de santé pour mieux comprendre comment vous étiez infecté et vos risques. C'est pour essayer d'arrêter la transmission aux d'autres personnels de santé. Si vous vous sentez fatigué à tout moment, laissez-moi savoir et nous pouvons arrêter. Ce n'est pas grave si vous ne vous souvenez pas de détails mais dites-nous les détails que vous vous souvenez. L'information que nous recueillons est confidentielle. Toute analyse réalisée ne sera pas contenir votre nom.

Est-ce que nous pouvons vous poser quelques questions sur la façon dont vous avez peut-être tombé malade ?
Le consentement verbal obtenu : Oui Non

Si vous devenez trop malade a répondre nos questions, qui dans votre famille et de vos collègues peuvent nous aider à répondre à certaines de ces questions?

Nom de parent proche : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom de collègue : _____ Numéro de téléphone : _____

Identité du patient (PS)

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Age (ans) : _____ Ville/ Village de résidence permanente: _____

Quartier : _____ Préfecture de Résidence permanente: _____

Pays : _____ Numéro de Téléphone de PS : _____

Profession du patient (sélectionner une réponse et proviser commentaire si nécessaire)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Bénévole de Croix Rouge | <input type="checkbox"/> Agent de santé communautaire |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Tradipraticien | <input type="checkbox"/> Thanatopracteur/Agent de service funéraire ou morgue |
| <input type="checkbox"/> Laborantin | <input type="checkbox"/> Hygiéniste/ Agent d'entretien | |
| <input type="checkbox"/> Ambulancier | | |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____ | | |

Commentaire : _____

N° d'identification locale:

1. Quel est le nom de la structure de la santé ou vous avez travaillé **principalement** dans le 21 jours avant que vous tombez malade : _____

Si pas de nom, quelle est le quartier/ localité : _____ Chef de Santé : _____

2. C'est quel type de la structure de santé:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital publique | <input type="checkbox"/> Centre de Traitement Ebola (CTE) |
| <input type="checkbox"/> Hôpital privée | <input type="checkbox"/> Centre de Transit (CTT) |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire | <input type="checkbox"/> Centre de Traitement Provisoire (CTP) |
| <input type="checkbox"/> Clinique/ Cabinet privée | <input type="checkbox"/> Centre de Transit Communautaire (CTC) |
| <input type="checkbox"/> Centre de Sante (CS) | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Poste de Sante (PS) | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____ |

3. Dans quel service avez-vous travaillé à cette structure de la santé (plusieurs réponses possibles):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urgences | <input type="checkbox"/> Morgue | <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire | <input type="checkbox"/> Maternité | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____ |
| <input type="checkbox"/> Médecine | <input type="checkbox"/> Pédiatrie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Unité de soins généraux | <input type="checkbox"/> Unité de cas suspects | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Unité de cas confirmés | |

4. Quel est le nom de la structure de la santé ou vous avez travaillé **dehors** votre travail principale dans le 21 jours avant que vous tombez malade : _____

Si pas de nom, quelle est le quartier/ localité : _____ Chef de Santé : _____

Ne travaille pas dans les autres lieux Aller à la question numéro 8.

5. C'est quel type de la structure de santé :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital publique | <input type="checkbox"/> Centre de Traitement Ebola (CTE) |
| <input type="checkbox"/> Hôpital privée | <input type="checkbox"/> Centre de Transit (CTT) |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire | <input type="checkbox"/> Centre de Traitement Provisoire (CTP) |
| <input type="checkbox"/> Clinique/ Cabinet privée | <input type="checkbox"/> Centre de Transit Communautaire (CTC) |
| <input type="checkbox"/> Centre de Sante (CS) | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Poste de Sante (PS) | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____ |

6. Dans quel service avez-vous travaillé à cette structure de la santé (plusieurs réponses possibles):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urgences | <input type="checkbox"/> Morgue | <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire | <input type="checkbox"/> Maternité | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____ |
| <input type="checkbox"/> Médecine | <input type="checkbox"/> Pédiatrie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Unité de soins généraux | <input type="checkbox"/> Unité de cas suspects | |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Unité de cas confirmés | |

7. Est-ce que vous avez travaillé dans les lieux de travail et services additionnel (payé ou volontariat) dans le 21 jours avant que vous tombez malade (*lister tous*): _____

Ne travaille pas dans les autres lieux

8. Quelle était la dernière date que vous avez travaillé ?

Spécifier la dernière date du travail (jj/mm/aa) _____/_____/_____

9. Dans le 21 jours avant que vous tombez malade, avez-vous (plusieurs réponses possibles) :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Administer des soins généraux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nourrir un patient ou administrer des médicaments par voie orale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Faire la toilette ou laver des patients | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Transporter des patients | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Faire des injections | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Prélever du sang ou capillaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Récapuchonner une aiguille | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Manipuler des coupants | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nettoyer une aiguille pour réutilisation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Mettre en place d'une perfusion | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Manipuler d'une perfusion | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Manipuler d'une sonde urinaire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nettoyer du sang | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nettoyer la chambre du patient | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Manipuler de déchets | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Manipuler d'échantillons de laboratoire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Traiter d'une hémorragie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Contacter des surfaces contaminées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Réaliser ou assister avec un accouchement ou un avortement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Fournir des soins intensifs (intubation, insertion sonde nasogastrique) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Réaliser une chirurgie petite | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Réaliser une opération chirurgicale | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Déplacer des cadavres | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Réaliser une autopsie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nettoyer ou désinfecter des toilettes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Manipuler draps, vêtements ou matelas | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Procurer des soins à des membres de la famille | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> No |
| Autre (spécifier) : _____ | | |

Contact avec des personnes avec Ebola

10. Étiez-vous en contact avec quelqu'un qui avait Ebola dans les 21 jours avant que vous tombez malade sans l'ensemble d'équipement de protection individuelle (EPI)*** :** Oui Non

Si non, aller à la question numéro 18.

** Contact est défini comme une personne qui touche, sans l'ensemble d'EPI adéquat***, un patient ayant des symptômes de MVE.

*** L'ensemble équipement de protection individuelle (EPI) adéquat =gants ; tablier imperméable ou tenue complète avec protection au niveau du coup ; bottes en caoutchouc ; et masque avec visière ou lunettes de protection.

Si les contacts sont multiples, sélectionner « oui » si la réponse est « oui » pour aucun contact.

11. Est-ce que la personne avait un résultat de laboratoire positif pour Ebola? Oui Non

Si oui, aller à la question numéro 16.

12. Est-ce que la personne avait un lien épidémiologique avec un cas confirmé/ probable ?

Si oui, aller à la question numéro 16. Oui Non

N° d'identification locale:

13. Est-ce que la personne avait seulement la fièvre ? Oui Non

Si oui, aller à la question numéro 16.

14. Est-ce que la personne avait la fièvre et ≥ 3 des symptômes suivants : Oui Non

maux de tête, vomissements/nausées, anorexie/perte de l'appétit, diarrhée, fatigue intense, douleurs abdominales, douleurs musculaires ou articulaires, difficultés à avaler, difficultés à respirer, hoquet

15. Est-ce que la personne avait toute sorte de saignement inexplicé ? Oui Non

16. Ou est-ce que le contact s'est passé ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital publique | <input type="checkbox"/> Centre de Transit (CTT) |
| <input type="checkbox"/> Hôpital privée | <input type="checkbox"/> Centre de Traitement Provisoire (CTP) |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire | <input type="checkbox"/> Centre de Transit Communautaire (CTC) |
| <input type="checkbox"/> Clinique/ Cabinet privée | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Centre de Sante (CS) | <input type="checkbox"/> A la maison |
| <input type="checkbox"/> Poste de Sante (PS) | <input type="checkbox"/> Dans la communauté |
| <input type="checkbox"/> Centre de Traitement Ebola (CTE) | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____ |

17. Quel était votre relation avec cette personne (une seule réponse possible) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Patient | <input type="checkbox"/> Ami |
| <input type="checkbox"/> Autre personnel de santé | <input type="checkbox"/> Aucune relation |
| <input type="checkbox"/> Membre du ménage/ famille | |
| <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____ | |

Si vous avez répondu "autre personnel de la santé" à la question précédente, à quelle endroit ou est-ce que le contact était:

- Au travail, dans un endroit de soins destiné aux patients
- Au travail, dans un autre endroit qu'une unité de soins (salle de repos, bureau, etc.)
- Dehors du lieu de travail

18. Est-ce que vous avez assisté à l'enterrement de quelqu'un qui avait Ebola dans le 21 jours avant que vous tombez malade ? Oui Non

Si non, allez à la question numéro 20.

19. Est-ce que vous avez participé à la préparation de l'enterrement en touchant le corps sans l'ensemble équipement de protection individuelle (EPI) adéquat*?** Oui Non

*** L'ensemble équipement de protection individuelle (EPI) adéquat =gants ; tablier imperméable ou tenue complète avec protection au niveau du coup ; bottes en caoutchouc ; et masque avec visière ou lunettes de protection.

Source d'exposition à Ebola la plus probable

20. Était là une situation qui a conduit plus probablement à votre infection par Ebola † ?

Si non, aller directement à la question numéro 24. Oui Non

† Une situation spécifique la plus probable est celle qui s'est produite dans les 2 à 21 jours avant l'apparition des symptômes et a impliqué une exposition à haut risque avec une personne infectée ou leurs fluides corporels, ou un cadavre.

Spécifier la date (jj/mm/aa) _____/_____/_____

21. Quel était le lieu d'exposition suspecté ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hôpital publique | <input type="checkbox"/> Centre de Transit (CTT) |
| <input type="checkbox"/> Hôpital privée | <input type="checkbox"/> Centre de Traitement Provisoire (CTP) |
| <input type="checkbox"/> Laboratoire | <input type="checkbox"/> Centre de Transit Communautaire (CTC) |
| <input type="checkbox"/> Clinique/ Cabinet privée | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Centre de Sante (CS) | <input type="checkbox"/> A la maison |
| <input type="checkbox"/> Poste de Sante (PS) | <input type="checkbox"/> Dans la communauté |
| <input type="checkbox"/> Centre de Traitement Ebola (CTE) | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____ |

22. Quel était le mode d'exposition ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Éclaboussure de fluide corporel sur peau intacte | <input type="checkbox"/> Lame de bistouri |
| <input type="checkbox"/> Éclaboussure de fluide corporel sur peau non-intacte | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Éclaboussure de fluide corporel dans l'œil | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Éclaboussure de fluide corporel sur lèvres/bouche | |
| <input type="checkbox"/> Aiguille | |

23. Quelle était la source de contamination ?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sang | <input type="checkbox"/> Urine | <input type="checkbox"/> Fluide Péricardique |
| <input type="checkbox"/> Fluide corporel contaminé par sang (visible) | <input type="checkbox"/> Fluide cérébro-spinal | <input type="checkbox"/> Fluide Péritonéal |
| <input type="checkbox"/> Vomi | <input type="checkbox"/> Fluide Synovial | <input type="checkbox"/> Sécrétions vaginales |
| <input type="checkbox"/> Selles | <input type="checkbox"/> Fluide Pleural | <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Salive | <input type="checkbox"/> Fluide Amniotique | |

Prévention et contrôle de risque infectieux sur le lieu de travail principal

24. Maintenant, je vous demanderai combien de fois vous avez utilisé des composants spécifiques d'équipements de protection personnelle dans les 21 jours avant que vous tombez malade. Dites-moi « jamais, quelquefois ou toujours » pour chaque élément.

- | | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Une paire de gants (même si réutilisé) | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Double paire de gants | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Gants lourds/ de ménage | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Tablier à usage unique/ imperméable | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Lunettes de protection | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Ecran faciale/ Visière | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Masque chirurgical | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Masque de protection respiratoire (n°-95 ou FFP2) | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| La blouse—longue | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| La blouse—courte | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Bonnet ou cagoule | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Surprotection des jambes | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Couvre-chaussures | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Chaussures à fermeture résistante | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Bottes en caoutchouc | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Quelquefois | <input type="checkbox"/> Toujours |
| Autre (spécifier) _____ | | | |

25. Quels produit d'hygiène étaient disponibles pour les mains dans le 21 jours avant que vous tombez malade ? *(plusieurs réponses possible)* ?

- Eau courante (du robinet) Savon Alcool désinfectant
 Eau chlorée réservoir Serviettes jetables

26. Maintenant, je vais vous poser des questions sur le lavage des mains liées à des situations spécifiques. Avez-vous lavez des mains :

- Avant de mettre les gants et d'enfiler l'équipement de protection personnelle Oui Non
 Avant une procédure propre Oui Non
 Après un risque d'exposition ou exposition réelle
 au fluide corporel d'un patient Oui Non
 Après avoir toucher (même potentiellement) des
 surfaces/objets/équipements Oui Non
 Après avoir enlever l'équipement de protection personnelle Oui Non
 Lors de la sortie de l'unité de traitement Oui Non

27. Dans le 21 jours avant que vous tombez malade, est-ce que des kits de secours étaient disponibles ? Oui Non

28. Avez-vous été formé sur la prévention et contrôle des infections spécifiquement pour le personnel de santé dans le contexte d'une épidémie d'Ebola ? Oui Non

Quelle organisation a donné cette formation ?

- Gouvernementale MSF Inconnu
 OMS Croix Rouge
 CDC Jhpiego
 Autre (spécifier) : _____

Quel était le type de formation?

- Phase 1 (théorique)
 Phase 2 (séance d'entraînement dans le centre de santé)
 Phase 3 (immersion dans un Centre de Traitement d'Ebola)

Quelle était la durée de la formation ? < 1 jour 1 jour >1 jour

29. Détails additionnels sur l'exposition et autres commentaires :

Merci pour vos temps !