

**[NOM DU PAYS]**  
**FICHE DE NOTIFICATION DE FIEVRE**  
**HEMORRAGIQUE VIRALE (VERSION COURTE)**

Formulaire officiel  
OMB N° 0920-XXXX  
Date d'expiration xx/xx/xxxx

Numéro  
d'identification  
du patient :

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

**Section 1. Information sur le Patient**

Nom de Famille : \_\_\_\_\_ Autres Noms : \_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_  Ans  Mois Sexe:  Masculin  Féminin

Numéro de Téléphone (Patient/famille): \_\_\_\_\_

Etat du patient à la date de notification :  Vivant  Décédé Si *décédé*, Date du Décès: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

**Lieu de Résidence Permanente :**

Nom du Chef de Famille : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_ Région : \_\_\_\_\_

Préfecture : \_\_\_\_\_ Sous-préfecture : \_\_\_\_\_ Village/Ville : \_\_\_\_\_

**Occupation :**

Personnel de santé; Position : \_\_\_\_\_ Nom du centre médical : \_\_\_\_\_

Autre; précisez : \_\_\_\_\_

Endroit où le patient est tombé malade : Pays : \_\_\_\_\_ Préfecture : \_\_\_\_\_

Sous-préfecture : \_\_\_\_\_ Village/Ville : \_\_\_\_\_

**Section 2. Signes Cliniques et Symptômes**

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

**Veillez marquer une réponse pour CHAQUE symptôme indiquant s'il est survenu pendant cette maladie :**

Fièvre  Oui  Non  Inc

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

Conjonctivite (œil rouge)  Oui  Non  Inc

Eruptions cutanées  Oui  Non  Inc

Hoquet  Oui  Non  Inc

Saignements inexpliqués  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 patient est-il hospitalisé ou en cours d'admission à l'hôpital?  Oui  Non

Si *oui*, Date d'hospitalisation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A) Nom du centre médical : \_\_\_\_\_

Préfecture : \_\_\_\_\_ Village/Ville : \_\_\_\_\_

Le patient est-il dans un CTE (isolement) or en cours d'isolement?  Oui  Non

Si *oui*, date d'isolement/admission au CTE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

Le patient était-il hospitalisé ailleurs ou a-t-il visité un autre centre médical pour cette maladie?

Oui  Non  Inc

Si *oui*, Dates d'hospitalisation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

Nom du centre médical : \_\_\_\_\_ Préfecture : \_\_\_\_\_ Village/Ville : \_\_\_\_\_

## Section 4. Epidémiologie / Facteurs d'Expositions

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

1. Le patient a-t-il eu des contacts avec un malade Ebola ou avec une personne malade?  Oui  Non  Inc

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

Nom du cas source	Lien de parenté	Date de dernier contact (J, M, A)	Préfecture	Village/Ville	Est-ce que le malade était vivant ou décédé ?
		___/___/___			<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé, date du décès : ___/___/___ (J, M, A)
		___/___/___			<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé, date du décès : ___/___/___ (J, M, A)

2. Le patient a-t-il participé à des funérailles avant de tomber malade ?  Oui  Non  Inc

*Si oui, Nom du Décès : \_\_\_\_\_ Lien de parenté: \_\_\_\_\_*

*Date des funérailles : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A) Préfecture : \_\_\_\_\_ Village/Ville : \_\_\_\_\_*

*Le patient a-t-il porté ou touché le corps du décès ?  Oui  Non*

3. Le patient a-t-il voyagé en dehors de son village/ville avant de tomber malade ?  Oui  Non  Inc

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

## Section 5. Prélèvements Biologiques pour le Laboratoire

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

Ce prélèvement soumis par : Nom : \_\_\_\_\_ Centre médical : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Prélèvement 1 :**

**Prélèvement 2 :**

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

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

Type de prélèvement :

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

Type de prélèvement :

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

## Section 6. Fiche de Notification Complétée par :

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

## Section 7. Statut Final du Patient

*Veuillez remplir cette section lorsque le patient est sorti guéri de l'hôpital **OU** lorsqu'il est décédé*

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

Statut Final du Patient:  Vivant/Guéri  Décédé

### Si le patient est sorti guéri de l'hôpital :

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

*Si le patient était en isolement dans un CTE, Date de sortie de la zone d'isolement : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)*

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

### Si le patient est décédé :

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

Lieu du Décès :  Communautaire  Hôpital : \_\_\_\_\_ Préfecture : \_\_\_\_\_

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

Lieu des funérailles: Préfecture: \_\_\_\_\_ Sous-Préfecture : \_\_\_\_\_ Village/Ville: \_\_\_\_\_

