

[NOM DU PAYS] FICHE DE NOTIFICATION DE FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE

Numéro
d'identification
du patient:

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

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: _____ Paroisse: _____
Pays de Résidence: _____ District: _____ Commune: _____

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: _____ District: _____ Commune: _____
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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
<i>Si oui, Temp: ____° C Mesure: <input type="checkbox"/> Creux Axillaire <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Rectale</i>	
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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc

Saignements Oui Non Inc

Si Oui:

Saignements des gencives	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Saignements aux sites d'injections	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Saignements du nez (épistaxis)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Selles rouges ou noires (mélénas)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Vomissements sanglants (hématémèses)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Vomissement noirâtre (vomito negro)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Toux sanglante (hémoptysie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Saignements vaginaux, en dehors des règles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Hématomes / Pétéchies / purpura	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inc
Sang dans les urines (hématurie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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: _____ District: _____ Commune: _____

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	District	Le patient était-il en isolement?
___/___/___ - ___/___/___ (J, M, A)				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
___/___/___ - ___/___/___ (J, M, A)				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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	District	Est-ce-que la personne était vivante ou décédée ?	Types de contact**
		___/___/___ - ___/___/___			<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée, Date: ___/___/___ (J, M, A)	
		___/___/___ - ___/___/___			<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée, Date: ___/___/___ (J, M, A)	
		___/___/___ - ___/___/___			<input type="checkbox"/> Vivante <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	District	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: _____ District: _____ 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: _____ District: _____

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

Si oui, Nom du Médecin: _____ Village: _____ District: _____ 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:

Animal:

- Chauve-souris (ou excréments de)
- Singes
- Rongeurs (ou excréments de)
- Cochons
- Volaille ou oiseaux sauvages
- Vaches, chèvres, ou moutons
- Autres; précisez: _____

Status (check one only):

- En bonne santé 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: _____ District: _____ 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: _____ District: _____

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: _____ District: _____ Commune: _____

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

Lieu des funérailles/enterrement:

Village: _____ District: _____ Commune: _____

Veillez 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 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

Autres signes ou symptômes cliniques non hémorragiques: Oui Non Inc

Si oui, Veuillez précisez: _____