

**[NOM DU PAYS]****FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE – FORMULAIRE LISTANT LES CONTACTS**

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

**Informations sur le malade**

Numéro d'identification du malade	Nom de Famille	Autres Noms	Chef de Famille	Village	Commune	District	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.**

**Contact Information**

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

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

- 1 – A touché des sécrétions/excrétions 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

**Feuille de contacts remplie par: Nom: \_\_\_\_\_ -Position: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_**