

Enquêteur : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_\_

Identifiant : \_\_\_\_\_

## Questionnaire pour le contact d'un cas de maladie à virus Ebola

Nom de la personne interrogée : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Patient souffrant de maladie à virus Ebola (MVE) : \_\_\_\_\_

Lien avec le patient : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ (professionnel) : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**1. Avez-vous été en contact avec le patient souffrant de maladie à virus Ebola (MVE) à un moment où il présentait des symptômes ?**

Non (Passer à la question 2)

Oui **SI LA RÉPONSE EST OUI** : Date du **DERNIER** contact direct avec le patient : \_\_\_\_\_

**1a. SI OUI : Quelle a été la nature du contact avec le patient ?**

Pas de contact physique, grâce à un EPI approprié

Contact cutané alors que votre peau ne présentait pas de lésion

Contact cutané alors que votre peau présentait une lésion (coupure récente, brûlure ou égratignure non sèche)

Contact avec des muqueuses (yeux, nez, bouche, etc.)

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**1b. Si un EPI a été utilisé : Vérifier que tous les éléments suivants ont été utilisés.**

Gants  Gants doubles  Blouse  Lunettes/lunettes de protection

Écran facial  Masque  Couvre-jambes  Combinaison Tyvek

**2. Avez-vous été en contact avec un ou plusieurs fluides corporels du patient souffrant de MVE au moment où il avait des symptômes ?**

Non (Passer à la question 3)

Oui **SI LA RÉPONSE EST OUI** : Date du **DERNIER** contact avec les fluides corporels : \_\_\_\_\_

**2a. SI OUI : Quelle a été la nature du contact avec le patient ?**

Pas de contact physique, grâce à un EPI approprié

Contact cutané alors que votre peau ne présentait pas de lésion

Contact cutané alors que votre peau présentait une lésion (coupure récente, ou égratignure non sèche)

Contact avec des muqueuses (yeux, nez, bouche, etc.)

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**2b. Avec quel(s) fluide(s) corporel(s) avez-vous été en contact (cocher tous les fluides concernés) ?**

Larmes  Salive  Sécrétions respiratoires/nasales

Liquide cérébro-spinal (LCS)  Vomissures  Urine

Sang  Selles  Sueur

Sperme/Fluide vaginal  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**2c. Si un EPI a été utilisé : Vérifier que tous les éléments suivants ont été utilisés.**

Gants  Gants doubles  Blouse  Lunettes/lunettes de protection

Écran facial  Masque  Couvre-jambes  Combinaison Tyvek

**3. Si le patient souffrant de MVE est décédé, avez-vous été en contact avec le corps ?**

Non, le patient est vivant. (Passer à la question 4)

Non, je n'ai pas été en contact avec le corps et je n'ai pas assisté à l'enterrement. (Passer à la question 4)

Non, mais j'ai assisté à l'enterrement. Date de l'enterrement : \_\_\_\_\_

Oui, j'ai été en contact direct avec le corps. Date du **DERNIER** contact avec le corps : \_\_\_\_\_

**3a. Quelle était la nature du contact avec le corps ?**

- Pas de contact physique, grâce à un EPI approprié
- Contact cutané alors que votre peau ne présentait pas de lésion
- Contact cutané alors que votre peau présentait une lésion (coupure récente, brûlure ou égratignure non sèche)
- Contact avec des muqueuses (yeux, nez, bouche, etc.)
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

2c. Si un EPI a été utilisé : Vérifier que tous les éléments suivants ont été utilisés.

- Gants
- Gants doubles
- Blouse
- Lunettes/lunettes de protection
- Écran facial
- Masque
- Couvre-jambes
- Combinaison Tyvek

**4. Faites-vous (ou faisiez-vous) partie du personnel de santé assurant les soins à ce patient ?**

- Non (Passer à la question 5)
- Oui

**5a. Si OUI, quel type de soins avez-vous prodigué au patient ?**

- Soins cliniques directs (médecin, infirmier/infirmière, aide-soignant(e), etc.)
- Services de laboratoire (phlébotomie, autre collecte d'échantillons, analyse en laboratoire)
- Services d'aide à la personne (blanchisserie, équipement de nettoyage, nettoyage des chambres)
- Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

**5. Avez-vous eu quelque autre contact que ce soit avec le patient ? (préciser) :**

---

---

---

**Classification :**

- Risque élevé
  - Exposition directe aux fluides corporels du patient MVE
  - Soins directs auprès d'un cas de MVE confirmé ou suspecté sans port d'un EPI
  - Personnel de laboratoire manipulant des fluides corporels sans respecter les mesures de précautions du laboratoire en matière de biosécurité
  - Participation à une cérémonie funéraire ou à la préparation du corps d'un patient atteint de MVE sans port de l'EPI approprié
- Risque faible
  - Pas de risque élevé d'exposition identifié
  - Soins au patient MVE avec port d'un EPI
  - Membre du même foyer ou contact épisodique du patient MVE
- Pas de risque identifié
  - Pas d'autre exposition à risque élevé ou faible identifiée
  - Pas de contact avec le patient MVE

**Mesures de suivi :**

- Pas de suivi complémentaire nécessaire. Ne répond pas aux critères de risque élevé ou faible, ou la dernière exposition remonte à > 21 jours.
- Suivi de la température recommandé (en cas de risque élevé ou faible uniquement)  
Qui assurera le suivi de la température ?  
Nom \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone \_\_\_\_\_
- Suivi de la température recommandé, mais la personne interrogée refuse le suivi
- La personne interrogée a eu de la fièvre après un contact avec le patient  
Où le patient sera-t-il évalué pour le suivi de la température ? \_\_\_\_\_  
Qui a été prévenu au Ministère de la Santé ? \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

**Nom de l'enquêteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_