

**[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: \_\_\_\_\_

La charge de travail liée à la collecte de ces renseignements pour le rapport public est estimée à 15 minutes par réponse en moyenne, cette durée comprenant le temps de prendre connaissance des consignes, de rechercher les sources de données existantes, de recueillir et consigner les données nécessaires, de remplir le questionnaire et de relire les réponses. Tout organisme n'est autorisé à mener ou à financer un tel relevé de renseignements, et tout individu n'est tenu de répondre aux questions que si le formulaire présente un numéro de contrôle valide de l'OMB. Vous pouvez envoyer vos commentaires sur l'estimation de la charge de travail ou sur tout autre aspect de ce questionnaire, y compris vos suggestions visant à réduire cette charge de travail, à l'adresse suivante : CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN : PRA 0920-XXXX.