

Professionnels de santé et risque d'exposition à la maladie à virus Ebola (MVE)
Formulaire de déclaration à compléter pour les cas de MVE affectant des professionnels de santé en Afrique de l'Ouest

Identifiant de cas.....

1. IDENTITÉ DU PATIENT (PROFESSIONNEL DE SANTÉ)

Nom de famille : Prénom : Second prénom :

Surnom :

Date de naissance :/...../.....(jj/mm/aa) Âge (ans) : Sexe : H F

Village/quartier de résidence :/..... District :

Coordonnées GPS du domicile : Latitude : Longitude :

Lieu de résidence habituel : Responsable du foyer (nom et prénom) :

Adresse complète (si elle est connue) :

Nationalité : Groupe ethnique :

Classification du cas Suspect Confirmé

2. PROFESSION DU PATIENT (cocher la case appropriée et ajouter des détails si nécessaire)

Médecin Infirmier/ière Personnel admin. Personnel laboratoire Personnel d'entretien

Personnel de la morgue/funéraire Sage-femme Ambulancier Guérisseur traditionnel

Agent de santé communautaire Autre (préciser)

Nom de l'établissement de santé :

Lieu d'activité principal au moment de l'infection :

Centre de traitement Ebola Unité de soins Ebola Centre de « transit »/« rétention » Hôpital public

Consultation ambulatoire Laboratoire Autre (préciser) :

Service : Unité des cas MVE suspects Unité des cas MVE confirmés Unité de soins classique

Maternité Médecine de laboratoire Pédiatrie Chirurgie Urgences

Transfusions sanguines Administration Morgue Autre (préciser) :

Autre lieu d'activité (rémunérée ou bénévole) au moment de l'infection :

Centre de traitement Ebola Unité de soins Ebola Centre de « transit »/« rétention » Hôpital public

Consultation ambulatoire Laboratoire Autre (préciser) :

Service : Unité des cas MVE suspects Unité des cas MVE confirmés Unité de soins classique

Maternité Médecine de laboratoire Pédiatrie Services de chirurgie

Transfusions sanguines Administration Morgue Autre (préciser) :

Aucun

Activités ayant pu être à l'origine de l'exposition (cocher toutes les réponses appropriées) :

Soins au patient d'ordre général (contrôle des signes vitaux, auscultation du patient, déplacement du patient)

Administration de nourriture ou de médicaments oraux au patient

Bain ou toilette des patients Déplacement/transport des patients

Piqûres Prélèvement sanguin Prélèvement de sang sur le bout du doigt Rebouchage d'aiguille

Mise au rebut d'objets perforants Nettoyage d'une aiguille pour une réutilisation

Mise en place d'une perfusion Manipulation de la perfusion (ex. administration de médicaments par IV)

Manipulation d'une sonde urinaire

Nettoyage de taches de sang Nettoyage de la chambre ou de l'unité du patient Manipulation de déchets

Manipulation d'échantillons de laboratoire Contrôle du saignement Contact avec des surfaces contaminées

Accouchement

Identifiant de cas.....

- Réalisation de procédures invasives Réalisation d'actes de chirurgie mineurs Réalisation d'actes de chirurgie majeurs
 Déplacement de cadavres Réalisation d'autopsie
 Nettoyage ou désinfection de latrines
 Manipulation de linge, de vêtements ou de matelas (personnel de nettoyage)
 Soins à des proches du malade
 Autre : (préciser).....

3. CONTACT AVEC UN/DES PATIENT(S) MVE :

Le professionnel de santé a-t-il été en contact* avec une personne atteinte de la maladie à virus Ebola ou suspectée de l'être au cours des 3 semaines précédant l'apparition des symptômes ? Oui Non Ne sait pas

Si la réponse est Oui, le contact était-il (*en cas de contacts multiples, indiquer « confirmé » si au moins un contact était un cas confirmé*) :

- Un cas suspect de MVE Un cas de MVE confirmé

Si la réponse est Oui, où cela s'est-il passé (*cocher les réponses appropriées*) :

- Dans un centre de traitement Ebola Une unité de soins Ebola Dans un autre établissement de santé
 Dans une clinique/un cabinet privé(e) À domicile Au sein de la communauté

Si la réponse est Oui, préciser le lien avec le professionnel de santé (*cocher les réponses appropriées*) :

- Patient Autre professionnel de santé Membre du foyer
 Autre ami ou parent Aucun

Si un autre professionnel de santé est concerné par la réponse précédente, le contact est-il intervenu :

- Sur le lieu de travail, dans une unité de soins aux patients
 Sur le lieu de travail, dans une unité non concernée par les soins aux patients (salle de pause, bureaux, salle des infirmières, etc.)
 Hors du cadre professionnel

Le professionnel de santé a-t-il assisté à l'enterrement d'une personne ayant pu décéder de la maladie à virus Ebola au cours des 3 semaines précédant l'apparition des symptômes ? Oui Non

Si la réponse est Oui, le professionnel de santé a-t-il participé à la préparation d'enterrements impliquant de manipuler des corps sans port d'un équipement de protection individuelle approprié (EPI)** ? Oui Non

Si la réponse est Oui, le professionnel de santé a-t-il soigné des patients suspectés de MVE dans un logement personnel (et non dans un établissement de santé) ?

- Oui Non

4. EXPOSITION LA PLUS PROBABLE À LA MVE

Le professionnel de santé a-t-il décrit une situation d'exposition ayant pu conduire à l'infection ? Oui Non Ne sait pas

Si la réponse est Oui, passer les trois questions suivantes et aller directement à la section 5

Si la réponse est Non, préciser la date :/...../.....(jj/mm/aa)

Emplacement où une possible exposition a eu lieu :

- Centre de traitement Ebola Unité de soins Ebola Centre de « transit »/« rétention » Hôpital public
 Consultation ambulatoire Laboratoire Autre type d'établissement de santé (préciser) :
 Domicile Autre cadre local (préciser) :

Mode d'exposition :

- Piqûre d'aiguille Coupure de scalpel Éclaboussures de sang/fluides corporels sur une peau intacte
 Éclaboussures de sang/fluides corporels sur une peau lésée

Éclaboussures de sang/fluides corporels au niveau des yeux Éclaboussures de sang/fluides corporels au niveau de la bouche
Autre (préciser).....

Identifiant de cas.....

Agent contaminant :

- Sang Tout fluide corporel avec traces visibles de sang Vomissures ou salive Selles Urine
 Fluides corporels (entourez la [ou les] réponse[s] appropriée[s]) : cérébrospinal, synovial, pleural, péricardique, péritonéal
 Sécrétions vaginales Fluide séminal Autre (préciser) :

5. ÉLÉMENTS DE CONTRÔLE ET DE PRÉVENTION DES INFECTIONS SUR LE LIEU D'ACTIVITÉ PRINCIPAL

Utilisation d'EPI et principes de précaution :

- Au moment de l'exposition, un EPI était-il utilisé ? Oui Non Ne sait pas
Si la réponse est Oui (*cocher toutes les réponses appropriées*) : Gants Gants doubles Blouse jetable
 Combinaison (type Tyvek) Écran facial Masque Respirateur N-95 ou version supérieure
 Lunettes de protection Tablier imperméable Chaussures fermées résistantes Couvre-chaussures
 Bottes en caoutchouc Charlotte Capuche Couvre-jambes
 Autre (préciser) :

Le professionnel de santé a-t-il utilisé du ruban adhésif pour sécuriser son EPI ? Oui Non Ne sait pas

Des produits destinés à l'hygiène des mains étaient-ils disponibles au moment de l'exposition ? Oui Non Ne sait pas
Si la réponse est Oui (*cocher toutes les réponses appropriées*) : Eau courante (robinet) Eau chlorée (réservoir)
 Savon Serviettes jetables Antiseptique à base d'alcool

La procédure de lavage des mains a-t-elle été respectée*** ? Oui Non Ne sait pas

Au moment de l'exposition, des collecteurs de sécurité étaient-ils disponibles ? Oui Non Ne sait pas

En moyenne, combien d'heures avez-vous passé dans la zone d'isolement en portant l'EPI** ?

Avez-vous suivi une formation sur la prévention et le contrôle des infections lors d'une flambée d'Ebola ? Oui Non

Quel organisme a effectué cette formation ?

- Gouvernement national OMS CDC MSF UNMEER
 Autre (préciser) : Ne sait pas

* Contact défini comme un contact physique entre un professionnel de santé ne portant pas un équipement de protection individuelle (EPI) approprié et un patient atteint de MVE ou suspecté de l'être, ou ses fluides corporels.

** EPI = gants, blouse ou combinaison imperméable, protection pour la tête imperméable incluant une protection du cou, bottes en caoutchouc, masque et écran facial ou lunettes de protection.

*** Instructions de lavage des mains : avant d'enfiler les gants et l'EPI ; avant tout nettoyage/procédure d'asepsie ; après tout risque d'exposition ou exposition réelle au sang ou aux fluides corporels d'un patient ; après avoir touché (ou éventuellement touché) des surfaces/objets/équipements contaminés ; après avoir retiré l'EPI ; avant de quitter la zone de soins.

Autres détails sur l'exposition ou commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....