

Nom de l'établissement de santé : _____

Initiales de l'enquêteur : _____

[Nom du pays] Enquête : évaluation des établissements de santé et de la recherche de cas

Instructions : Demandez à interroger le professionnel de santé en charge au moment de votre visite.

Je m'appelle _____ et j'interviens pour le compte du [Ministère de la Santé]. Nous tentons d'évaluer la capacité et les besoins des établissements de santé dans le cadre de la réponse à Ebola. Je voudrais vous poser quelques questions sur votre établissement et recueillir quelques informations sur les cas d'Ebola suspects, probables ou confirmés rencontrés au sein de votre établissement au cours des trois dernières semaines. L'entretien dure environ 30 minutes et vous pouvez passer les questions dont vous ne connaissez pas la réponse. Avez-vous des questions ?

Date de l'entretien :

--	--	--

Jour XX Mois XXX Année XX

Renseignements géographiques sur l'établissement de santé

Comté/District/Préfecture : _____

Communauté/Village/Zone : _____

Autres informations géographiques : _____

INFORMATIONS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Nom du professionnel de santé interrogé : _____ Numéro de téléphone : _____

Rôle du professionnel de santé : _____

Effectif approximatif du personnel médical (infirmières, médecins, etc.) : _____

Effectif approximatif du personnel non médical (personnel d'entretien, sécurité, etc.) : _____

Nombre approximatif de lits (dans le cas d'un hôpital) : _____

Nombre approximatif de visites mensuelles (dans le cas d'une clinique ambulatoire) : _____

Nombre approximatif d'admissions mensuelles (dans le cas d'un hôpital) : _____

Formation

À quelle date la dernière formation spécifique sur Ebola s'est-elle déroulée au sein de votre établissement ? _____

Qui a assuré cette formation ? _____

La charge de travail liée à la collecte de ces renseignements pour le rapport public est estimée à 30 minutes par réponse, cette durée comprenant le temps de lire les 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.

PLAN D'ACTION FACE À EBOLA AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

Si un patient gravement malade se présentait aujourd'hui dans votre établissement et que votre personnel soupçonnait un risque élevé de maladie à virus Ebola, quelle serait la procédure mise en place par l'établissement ? Je vais vous poser quelques questions précises :

Qui appelleriez-vous pour signaler le cas (soyez précis ; le professionnel de santé peut donner plusieurs réponses)

À quel endroit placeriez-vous le patient au sein de votre établissement ? (soyez précis)

Selon vous, le personnel présent ici dispose-t-il de l'EPI adéquat ?

Oui ___ Non ___ En cas de réponse négative : que manque-t-il ? _____

Selon vous, votre personnel a-t-il suivi une formation adaptée pour l'utilisation d'un EPI ?

Oui ___ Non ___ En cas de réponse négative : que manque-t-il ? _____

Selon vous, votre clinique dispose-t-elle du matériel adapté à la désinfection et au nettoyage ?

Oui ___ Non ___ En cas de réponse négative, que manque-t-il ? _____

Un membre de votre personnel procéderait-il à un prélèvement d'échantillon sur le patient ?

Oui _____ Si oui, cette personne a-t-elle suivi une formation adaptée pour Ebola ? Oui _____ Non _____

Non _____ En cas de réponse négative, comment l'échantillon destiné au laboratoire serait-il prélevé ?

Le patient sera-t-il transféré vers un autre établissement ?

Oui, dès que cela peut être organisé _____

Oui, en cas de réception d'un résultat de test positif _____

Non _____

Autre : _____

Si vous transfériez le patient, où/vers quel établissement cela serait-il ? _____

Matériel

Votre établissement a-t-il reçu des EPI supplémentaires pour traiter les patients suspectés d'être infectés par le virus Ebola ? Oui ___ Non ___

Si oui, d'où proviennent-ils ? _____

Pouvez-vous me faire la démonstration de la façon dont vous procéderiez à la mise en place et au retrait d'un EPI pour ausculter un patient suspecté d'être infecté par Ebola ? (*décrire la démonstration*)

À ce jour, votre établissement dispose-t-il de :

Gants	Oui	Non	Thermomètres pouvant être utilisés sur un seul patient suspecté d'être infecté par Ebola, puis mis au rebut	Oui	Non
Blouses jetables	Oui	Non	Stéthoscopes pouvant être utilisés sur un seul patient suspecté d'être infecté par Ebola, puis mis au rebut	Oui	Non
Respirateurs/masques	Oui	Non	Fluides intraveineux et tubes	Oui	Non
Écrans faciaux ou lunettes de protection (protection oculaire)	Oui	Non	Chlore	Oui	Non
Bottes ou couvre-chaussures	Oui	Non	Seaux de 20 L	Oui	Non
Blouses à usage unique	Oui	Non	Bottes en caoutchouc	Oui	Non
Tabliers en plastique	Oui	Non	Masques jetables	Oui	Non
Lunettes de protection	Oui	Non	Charlottes	Oui	Non
Sacs poubelle en plastique	Oui	Non	Cuvettes en plastique pour le lavage des mains après une consultation	Oui	Non
Housses mortuaires	Oui	Non	Affichage de la définition des différents cas	Oui	Non
Pulvérisateurs de chlore d'1 L	Oui	Non	Supports d'information et de sensibilisation	Oui	Non
Éponges	Oui	Non	Collecteurs pour déchets médicaux perforants (ou flacons de médicament recyclés à cet effet)	Oui	Non
Formule de préparation de la solution d'eau chlorée écrite ou détaillée	Oui	Non			

Données et communication

Votre établissement dispose-t-il d'un ordinateur ? Oui _____ Non _____

Votre établissement dispose-t-il d'un accès à Internet ? Oui _____ Non _____

Votre établissement est-il situé dans une zone disposant d'une bonne réception pour les communications par téléphone portable ? Oui _____ Non _____

CAS D'EBOLA DANS L'ÉTABLISSEMENT

Cet établissement a-t-il accueilli un ou plusieurs cas suspect(s), probable(s) ou confirmé(s) de maladie à virus Ebola au cours des trois dernières semaines ? (*utilisez un calendrier pour faire préciser les dates au professionnel de santé*)

Oui : _____

Non : _____ → En cas de réponse négative, passer à la page suivante

Nom du patient : _____
 Origine : Communauté/Village/Zone : _____ Comté/District/Préfecture : _____

Date de naissance :				Âge :		Sexe :	H	F
(Jour XX Mois XXX Année XX)				(ans)				

Date d'apparition des symptômes :				Date de présentation dans l'établissement de santé :			
(Jour XX Mois XXX Année XX)				(Jour XX Mois XXX Année XX)			

XX)

Date de signalisation au Ministère :				Méthode de signalisation du cas/personne contactée :	
(Jour XX Mois XXX Année XX)					

Résultats du laboratoire (entourez la réponse appropriée) :	Positif	Négatif	Aucun échantillon prélevé*	Échantillon prélevé, mais aucun résultat transmis
*Si aucun échantillon n'a été prélevé, pour quelle(s) raison(s) ?				
Méthode utilisée par le lab pour communiquer les résultats (entourez toutes les réponses appropriées) :	Appel téléphonique	E-mail	SMS	Rapport écrit

Évolution du patient :

Admission :	Oui	Non	Si oui, où : _____
Transfert :	Oui	Non	Si oui, où : _____ ET qui a transféré le patient : _____
Décès :	Oui	Non	Si oui, date du décès : _____ ET date de l'enterrement : _____
En cas de décès, qui a organisé l'enterrement ? _____			
Autre :	(expliquer) : _____		

Une recherche des contacts a-t-elle été effectuée pour ce cas (dont vous avez eu connaissance) :	Oui	Non	Ne sait pas
--	-----	-----	-------------

Commentaires :