

Caractéristiques des chiens dont les propriétaires fréquentant une clinique de vaccination contre la rage canine

1. Quel est votre âge? _____
2. Quel est votre sexe? _____
3. Quelle est votre adresse?
 - a. Rue _____
 - b. Commune _____
 - c. Département _____
4. Le foyer compte combien de personne? _____
5. Vous êtes le propriétaire ou le gardien des chiens?
 - a. oui
 - b. aucun
 - c. inconnu
 - d. Refus
6. Combien de chiens avez-vous pour faire vacciner aujourd'hui?

7. Combien de chiens appartenant à votre ménage? _____
8. Sur les chiens appartenant à votre ménage, combien:
 - a. Restez sur votre propriété en tout temps _____
 - b. Parcourez la rue sans surveillance parfois _____
 - c. Parcourez la rue sans surveillance en tout temps _____
9. Quel type de soins que vous fournissez-vous pour votre chien (s)? Marquez tout ce qui s'applique.
 - a. aucun
 - b. nourriture
 - c. eau
 - d. abri
 - e. soins vétérinaires
 - f. Autres: (réponse libre)
 - g. A refusé de répondre
10. Si l'un de votre chien (s) n'ont jamais été vacciné contre la rage, quelle est la raison?
 - a. Le chien est trop jeune (nombre _____)
 - b. Pas d'argent pour acheter le vaccin (nombre _____)
 - c. Aucun vaccin disponible auprès des vétérinaires (nombre _____)
 - d. Aucun vaccin disponible auprès du gouvernement (nombre _____)
 - e. Pas besoin de vacciner (nombre _____)
 - f. Autre (réponse libre): (nombre _____)
 - g. A refusé de répondre

11. Quelle était la cause des différents chiens décédés durant la dernière année?

Indiquer la fréquence de chacun.

- a. Par une voiture _____
 - b. Empoisonné _____
 - c. Maladie / maladie _____
 - d. Autres: réponse libre _____
 - e. Je ne sais pas _____
 - f. A refusé de répondre
12. Dans la dernière année, avez-vous déjà possédé un chien qui est mort après l'affichage d'au moins deux des symptômes suivants? Si oui, combien?
Hypersalivation, agressivité, les gens piqueurs ou des animaux, difficulté à marcher, les changements dans la voix du chien
- a. Oui, le numéro _____
 - b. aucun
 - c. Je ne sais pas

13. Avez-vous l'habitude de soigner les chiens errants ? Marquez tout ce qui s'applique.

- a. aucun
 - b. nourriture
 - c. eau
 - d. abri
 - e. soins vétérinaires
 - f. Autres: (réponse libre)
 - g. A refusé de répondre
14. Dans la dernière année, avez-vous quelqu'un de votre ménage qui a été mordu par un chien? Marquez tout ce qui s'applique.
- a. aucun
 - b. Oui, je
 - c. Oui, un membre adulte de la famille (indiquer le nombre si plus d'un)

 - d. Oui, mon enfant (indiquer le nombre si plus d'un) _____
 - e. A refusé de répondre

15. Connaissez-vous quelqu'un qui a été décédées d'une maladie causée par la morsure d'un chien?

- a. aucun
- b. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____
- c. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____
- d. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____
- e. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____
- f. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____

16. Connaissez-vous quelqu'un qui n'a jamais été victime de la rage?

- a. aucun
- b. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____
- c. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____
- d. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____
- e. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____
- f. Oui: Sexe: _____ Age: _____ Année du décès: _____

17. Combien savez-vous sur une maladie appelée la rage? Remarque: l'intervieweur doit évaluer.

- a. Je ne l'ai jamais entendu parler de la rage
- b. Peu de connaissances (par exemple, ont entendu parler de la maladie de la rage / chien, mais ne peut pas identifier les routes ou gravité de la maladie transmission)
- c. Compréhension de base (savoir que la rage est à la fois une maladie hautement mortelle et est transmise par morsure de chien)
- d. Connaissance approfondie (compréhension de base ainsi que des connaissances de routes non-morsure de l'exposition et la faune réservoirs ailleurs chiens sans avertissement)
- e. A refusé de répondre

18. Quelle est la gravité de la maladie appelée la rage?

- a. Doux
- b. un peu sévère
- c. Très sévère, mais possible de récupérer
- d. Très sévère, entraînant la mort
- e. Je ne sais pas
- f. A refusé de répondre

19. Comment les humains peuvent-ils contracter la rage d'un animal infecté? (Toutes les réponses appropriées.)

- a. Mordre
- b. Se gratter
- c. Observer l'animal
- d. Toucher l'animal
- e. Contact avec le sang
- f. Contact avec la salive
- g. Contact avec l'urine des matières fécales /
- h. Autres: (réponse libre)
- i. Je ne sais pas
- j. A refusé de répondre

20. Qu'est-ce que les animaux peuvent être infectés par la rage? (Toutes les réponses appropriées.)

- a. Chiens
- b. Chats
- c. L'élevage (bovins, moutons, chèvres, etc.)
- d. Volailles (poulets, canards, oies, etc.)
- e. Les chevaux
- f. Mongoose
- g. Renard
- h. Oiseaux sauvages
- i. Chauves-souris
- j. Rongeurs
- k. Autres: (réponse libre)
- l. Je ne sais pas
- m. A refusé de répondre

21. Si vous pensiez que vous aviez une exposition à un animal enragé, que feriez-vous?

- a. Rien
- b. Lavez la plaie
- c. Consultez un guérisseur traditionnel
- d. Appeler un médecin
- e. Appelez un vétérinaire
- f. Rechercher activement un traitement médical dans une pharmacie, un hôpital, une clinique ou avant-poste
- g. Recevez prophylaxie post-exposition contre la rage
- h. Isoler l'animal pour l'observation
- i. Proposez animaux pour les tests de la maladie
- j. Tuer l'animal
- k. Tuer et de manger l'animal et
- l. Autres: (réponse libre)
- m. A refusé de répondre

22. Où allez-vous normalement recevoir un traitement médical? (Toutes les réponses appropriées.)

- a. Clinique vétérinaire
- b. Pharmacie
- c. Clinique médicale
- d. Hôpital
- e. Guérisseur traditionnel
- f. Autres: (réponse libre)
- g. A refusé de répondre

23. Dans quelle mesure avez-vous besoin de voyager pour recevoir des soins médicaux à cet emplacement? (Indiquer la fréquence si plusieurs sites ont été identifiés.)

- a. <1 km
- b. 1-5 km
- c. 6-10 km
- d. 11-20 km
- e. 21-30km
- f. > 30 km
- g. Je ne sais pas
- h. A refusé de répondre

24. Quels sont les principaux obstacles pour obtenir un traitement médical dans votre communauté? (Toutes les réponses appropriées.)

- a. Le manque d'installations pour fournir des traitements
- b. Le manque de personnel qualifié dans les installations à fournir des traitements
- c. Le manque de médicaments dans les établissements de traitement
- d. Aucun moyen de transport
- e. Pas d'argent pour payer le traitement
- f. Vous ne pouvez pas manquer le travail
- g. Autres: (texte libre)
- h. Je ne sais pas
- i. A refusé de répondre

Rabies Awareness and Dog Ownership Characteristics Among Persons in Haiti

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 10 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

1. What is your age? _____
2. What is your gender? _____
3. Where do you live?
 - a. Street _____
 - b. Commune _____
 - c. Department _____
4. How many people live with you, in your household? _____
5. Are you the primary care taker for your dogs?
 - a. Yes
 - b. No
 - c. Unknown
6. How many dogs are you getting vaccinated today? _____
7. How many dogs belong to your household? _____
8. Of the dogs belonging to your household, how many:
 - a. Stay on your property at all times _____
 - b. Roam the street unsupervised sometimes _____
 - c. Roam the street unsupervised at all times _____
9. What level of care do you provide for your dog(s)? (*Mark all that apply.*)
 - a. None
 - b. Food
 - c. Water
 - d. Shelter
 - e. Veterinary Care
 - f. Other: (free response)
 - g. Declined to answer

10. If any of your dog(s) have **never** been vaccinated for rabies, what is the reason?
- Dog is too young (number _____)
 - No money to buy vaccine (number _____)
 - No vaccine available from veterinarians (number _____)
 - No vaccine available from government (number _____)
 - No need to vaccinate (number _____)
 - Other (free response): (number _____)
 - Declined to answer
11. For any dogs that died **in the past year**, what was the cause of death? **Indicate frequency of each.**
- Hit by Car _____
 - Poisoned _____
 - Disease/illness _____
 - Other: free response _____
 - I don't know _____
 - Declined to answer
12. **In the past year**, have you ever owned a dog that **died** after displaying **at least two** of the following symptoms? **If yes, how many?**
Hypersalivation, Aggressiveness, Biting people or animals, Difficulty walking, Change in the dog's voice
- Yes, **number** _____
 - No
 - I don't know
13. Do you provide care for any dogs that you do **NOT** own? (*Mark all that apply.*)
- None
 - Food
 - Water
 - Shelter
 - Veterinary Care
 - Other: (free response) _____
 - Declined to answer

14. **In the past year**, have you or anyone in your household been bitten by a dog? Mark all that apply.
- No
 - Yes, me
 - Yes, an adult family member (indicate number if more than one) _____
 - Yes, my child (indicate number if more than one) _____
 - Declined to answer
15. Do you know anyone who has **ever** died from a disease caused by the bite of a dog?
- No
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
16. Do you know anyone who has **ever** died from a disease called 'rabies'?
- No
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
 - Yes: Gender: _____ Age: _____ Year of Death: _____
17. How much do you know about a disease called rabies? Note: interviewer must evaluate.
- I have never heard of rabies
 - Little knowledge (i.e., have heard of rabies/dog disease, but can't identify transmission routes or severity of disease)
 - Basic understanding (knowledge that rabies is both a highly fatal disease and is transmitted by dog bite)
 - Extensive knowledge (basic understanding plus knowledge of non-bite routes of exposure AND wildlife reservoirs besides dogs without prompting)
 - Declined to answer

18. How severe is the disease called rabies?

- a. Mild
- b. Somewhat severe
- c. Very severe, but possible to recover
- d. Very severe, resulting in death
- e. I don't know
- f. Declined to answer

19. How do humans get rabies from an infected animal? (*Mark all that apply.*)

- a. Bite
- b. Scratch
- c. Observing the animal
- d. Touching the animal
- e. Contact with blood
- f. Contact with saliva
- g. Contact with urine/feces
- h. Other: (free response)
- i. I don't know
- j. Declined to answer

20. What animals can be infected with rabies? (*Mark all that apply.*)

- a. Dogs
- b. Cats
- c. Livestock (Cattle, sheep, goats, etc.)
- d. Poultry (Chickens, ducks, geese, etc.)
- e. Horses
- f. Mongoose
- g. Fox
- h. Wild Birds
- i. Bats
- j. Rodents
- k. Other: (free response)
- l. I don't know
- m. Declined to answer

21. If you thought that you had an exposure to an animal with rabies, what would you do?

- a. Nothing
- b. Wash wound
- c. Consult with a traditional healer
- d. Call a medical doctor
- e. Call a veterinarian
- f. Actively seek medical treatment at a pharmacy, hospital, clinic or outpost
- g. Receive rabies post-exposure prophylaxis
- h. Isolate the animal for observation
- i. Submit animal for disease testing
- j. Kill the animal
- k. Kill and eat the animal
- l. Other: (Free response) _____
- m. Declined to answer

22. Where do you normally go to receive medical treatment? (*Mark all that apply.*)

- a. Veterinary clinic
- b. Pharmacy
- c. Medical Clinic
- d. Hospital
- e. Traditional Healer
- f. Other: (free response)
- g. Declined to answer

23. How far do you need to travel to receive medical care at this location? (*Indicate frequency if multiple locations were identified.*)

- a. <1km
- b. 1-5km
- c. 6-10km
- d. 11-20km
- e. 21-30km
- f. >30km
- g. I don't know
- h. Declined to answer

24. What are the primary obstacles for getting medical treatment in your community?

(Mark all that apply.)

- a. Lack of facilities to provide treatment
- b. Lack of trained personnel at facilities to provide treatment
- c. Lack of medicines at facilities for treatment
- d. No means of transportation
- e. No money to pay for treatment
- f. Can't miss work
- g. Other: (free text)
- h. I don't know
- i. Declined to answer

Evaluation of Dog Bite Surveillance and Rabies Vaccine Systems in Haiti – Medical Providers

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 60 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Semi-Structured Key Stakeholder Interview Questions Medical Centers
(To be administered to: Physicians and nurses involved in dog bite management)

I. DEMOGRAPHICS

A. Education: Undergraduate Degree Master's Degree Professional Degree
 Other _____

B. Position / Title: _____

C. Years in Service at Center _____

D. What are your job duties? (Use questions below to guide discussion. Note main content of discussion)

- a. What disease conditions do you oversee? _____
- b. How many bite reports do you treat per month? _____
- c. How many human encephalitis cases do you see per year? _____
- d. How many suspect human rabies cases do you see per year? _____

E. Please describe what you know about the National Sentinel Surveillance System, operated by the Department of Epidemiology and Laboratory Resources

F. Please describe your roles and responsibilities regarding surveillance of animal bites

G. Please describe your roles and responsibilities regarding human rabies surveillance

II. DOG BITE SURVEILLANCE

A. What is the case definition for a reportable bite?

B. What is the case definition for a rabid animal?

C. What is the case definition for human encephalitis?

D. What is the case definition for human rabies?

E. Which of the following are reportable bites? (READ ALL)

1. Dog bites
2. Cat bites
3. Rat bites
4. Goat bites
5. Cow bites
6. Snake bites
7. Mongoose bites
8. Bat bites

- F. When a dog bite victim is treated at your hospital, who do you notify? (DO **NOT** READ RESPONSES, mark all that apply)
1. Ministry of Health (MSPP)
 2. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
 3. Department of Epidemiology, Laboratory and Research (DELR)
 4. Departmental health office
 5. Commune Health Department
 6. Ministry of Agriculture
 7. We do not report dog bites
 8. Other: _____
- G. When do you need to report a dog bite? (DO **NOT** READ RESPONSES, choose the **one** best)
- | | | |
|----------------|---|-------------------------|
| 1. Always | 3. Only if the bite is severe | 5. Only when giving PEP |
| 2. Never | 4. Only if I know the animal has rabies | 6. I don't know |
| 7. Other _____ | | |
- H. What information do you report, when reporting a dog bite? (DO **NOT** READ RESPONSES, Circle all that the interviewee states)
- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1. Anatomical site of the bite wound | 4. Behavior of the biting animal |
| 2. Location where the bite happened | 5. Whether PEP was given |
| 3. Type of animal | 6. I don't know |
| 9. Other, please describe:
_____ | |
- I. Is there a standardized form to report dog bites to MSPP/NSSS/DELR?
- | | | |
|--------|-------|-----------------|
| 1. Yes | 2. No | 9. I don't know |
|--------|-------|-----------------|
- *if yes, please ask for a copy of a blank reporting form***
- J. If there is a form, is it in paper or electronic format?
- | | | |
|----------|---------------|-----------------|
| 1. Paper | 2. Electronic | 9. I don't know |
|----------|---------------|-----------------|
- K. When a dog bite report is completed, which organizations should receive a copy of the form? (DO **NOT** READ, mark **all** that apply)
- a. Commune health department
 - b. Departmental health office
 - c. Ministry of Health (MSPP)
 - d. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
 - e. Department of Epidemiology, Laboratory and Research (DELR)
 - f. Ministry of Agriculture (MARNDR)
 - g. Hospitals

- h. We do not report dog bites
- i. Other: _____

L. How soon after hearing about a bite victim do you need to submit a bite report? (DO **NOT** READ RESPONSES, choose the **one** best)

- 1. Immediately
- 2. Report by the end of my shift
- 3. Report by the end of the day
- 4. Report by the end of the week
- 5. Report by the end of the month
- 6. It doesn't matter when I report
- 7. I do not report
- 8. I don't know

M. What methods do you use to submit bite report forms? (DO **NOT** READ, mark **all** that apply)

- a. Phone calls
- b. Mailed reports
- c. Hand delivered reports
- d. Faxed reports
- e. Emailed reports
- f. Electronic surveillance platform
- g. Other:

N. Are the forms used to track the bite victim's treatment outcomes?

- 1. Yes
- 2. No
- 9. I don't know

O. Are the forms analyzed to create epidemiologic summaries of bite events?

- 1. Yes
- 2. No
- 9. I don't know

P. Does MSPP/DELR share summaries of bite reports with your health facility (feedback)?

- 1. Yes
- 2. No
- 9. I don't know

Q. Are there any other uses for bite reports? [OPEN ANSWER]

R. Are there any other tools or documents you use to record or track bite events?

III. BARRIERS TO REPORTING

A. Are there aspects of the bite form that are difficult to fill out? If yes, please explain.

B. Have you ever **NOT** reported a bite event to your commune, department, or MSPP/DELR?

1. Yes 2. No 9. I don't know

C. What are some reasons that have caused you to NOT report a bite event to your commune, department, or MSPP/DELR? (READ **ALL** ANSWERS, circle if answer is affirmative)

1. I did not know I was required to report bite events
2. I did not have time to fill out the form
3. I did not have time to send in the report
4. This health facility does not report bite events
5. I did not have any bite surveillance forms
6. I do think reporting bites is important
7. Other reason, please describe:

D. What are some reasons that have caused you to **NOT** report a bite event to the **MARNDR** Rabies Surveillance Officers (READ **ALL** ANSWERS, circle if answer is affirmative)

1. I did not know of this program
2. This program does not operate in my department
3. I did not have time to call the officer
4. I did not know how to contact the officer
5. This health facility does not report bite events
6. I am not pleased with the work the surveillance officers have done in the past
7. Other reason, please describe:

IV. DOG BITE SURVEILLANCE: INVESTIGATIONS

A. Who are the **people** or **organizations** responsible for investigating dogs that have bitten people? (DO **NOT** READ, mark all that apply)

- a. Commune sanitation officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
- b. Commune surveillance officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
- c. Departmental health officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
- d. MARNDR rabies officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
- e. No one

- f. Other (describe): _____
- g. I do not know

B. What are some of the reasons to report dogs involved in a bite event? (DO **NOT** READ, mark all that apply)

- a. To assess the dog for rabies virus infection
- b. To remove the aggressive dog from the community
- c. To identify other persons who may have been bitten by the same dog
- d. To determine if the persons bitten need rabies vaccine
- e. Because it is my job
- f. Dogs are not routinely reported after a bite event
- g. Other reasons:

C. When you identify **a person with rabies**, who do you report it to? (DO **NOT** READ, mark all that apply)

- a. commune health department
- b. departmental health office
- c. MSPP
- d. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
- e. DELR
- f. Departmental agriculture office
- g. MARNDR
- h. I don't know
- i. We do not report rabid animals to anyone

V. POST EXPOSURE PROPHYLAXIS

A. Where does your institution get **rabies vaccine** from? (READ ALL, mark all that apply)

- 1. MSPP
- 2. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
- 3. DELR
- 4. PROMESS
- 5. Departmental Health Center
- 6. Commune Health Department
- 7. Non-Government Organizations (ie MSF)
- 8. Private Pharmacies
- 9. I do not know
- 10. We do not carry rabies vaccine
- 11. Other: _____

B. How much does rabies vaccine cost your patients? (READ ALL, mark all that apply)

1. It is free to all dog bite victims
2. Sliding scale, based on how much the bite victim can afford
3. Specify cost for one dose of vaccine: \$_____
4. I do not know

C. Does your facility currently have rabies vaccine available for bite victims?

1. Yes
2. No
9. I don't know

Other _____

D. In the last six months, has your facility experienced a shortage of rabies vaccine?

1. Yes (describe circumstance): _____
2. No
3. Don't know

E. Is there a rabies vaccine reporting form that your health center uses to report vaccine use to MSPP/DELR, departmental health, or commune health offices?

1. Yes
2. No
3. I don't know

***if yes, please request a blank copy of the form**

F. If there is a rabies vaccine form, is it available in paper or electronic format? (circle all that apply)

1. Paper
2. Electronic
9. I don't know

G. When do you need to fill out a rabies vaccine form? (DO NOT READ, choose the one best)

1. After every dose administered
2. After the course is completed
3. Never

Other _____

H. How soon after giving a rabies vaccine do you need to submit a rabies vaccine form? (DO NOT READ, choose the one best)

1. Immediately
2. Report by the end of my shift
3. Report by the end of the day
4. Report by the end of the week
5. Report by the end of the month
6. It doesn't matter when I report
7. Report after the person completes the course of vaccination
8. I do not report

9. I don't know

I. To whom do you submit rabies vaccine forms? (DO **NOT** READ, mark **all** that apply)

1. Commune health department
2. Departmental health office
3. Ministry of Health (MSPP)
4. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
5. DELR
6. Hospitals
7. We do not report dog bites
8. Other: _____

J. By which methods do you submit rabies vaccine forms to the department or DELR? (DO **NOT** READ, mark **all** that apply)

- a. Hand deliver
- b. Phone Calls
- c. Email/Faxes
- d. A Web-based system
- e. Mail
- f. I don't know

Other, please describe:

K. Are the forms used to track the bite victim's vaccination schedule?

1. Yes 2. No 9. I don't know

L. Are the forms required to be submitted to DELR to receive more vaccine?

1. Yes 2. No 9. I don't know

M. Does MSPP/DELR share summaries of rabies vaccine forms with your health department?

1. Yes 2. No 9. I don't know

N. Are there any other uses for rabies vaccine forms? [OPEN ANSWER]

O. Are there any other tools or documents you use to record or track rabies vaccine usage?

P. Where does your institution get rabies immune globulin from? (READ ALL, mark all that apply)

1. MSPP
2. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
3. DELR
4. PROMESS
5. Departmental health office
6. Commune Health Department
7. Non-Government Organizations (ie MSF)
8. Private Pharmacies
9. I do not know
10. We do not carry rabies immune globulin
11. Other:

Q. What type of rabies immune globulin do you use?

1. Human RIG
2. Equine RIG
3. Other: _____

R. How much does rabies immune globulin cost bite victims? (READ ALL, mark all that apply)

1. It is free to all dog bite victims
2. Sliding scale, based on how much the bite victim can afford
3. Specify Cost per Vial: \$ _____
4. I do not know

S. Does your institution currently have rabies immune globulin available for bite victims?

1. Yes
2. No
3. I don't know
4. Other _____

T. In the last six months, has your institution experienced a shortage of rabies immune globulin?

1. Yes (describe circumstance): _____
2. No
3. Don't know

U. When you give a rabies immune globulin do you need to report this to anyone?

1. Yes
2. No
3. Don't know

If Yes, who do you report rabies immune globulin usage to?

V. PEP PROTOCOLS

1. When should the bite wound be washed with disinfectants (ie soap) and water?
 1. Always
 2. Sometimes
 3. Never
 4. Don't know
 5. Other: _____

2. When should **Rabies Immune Globulin** be administered to bite victims? (DO **NOT** READ, circle ONE best answer)
 1. Always
 2. Sometimes (describe) _____
 3. Never
 4. Don't know
 5. Other: _____

3. When should **Rabies Vaccine** be administered to bite victims? (DO **NOT** READ, circle ONE best answer)
 1. Always
 2. Sometimes (describe) _____
 3. Never
 4. Don't know
 5. Other: _____

4. Which **rabies vaccine** schedules are used (list days administered)? (DO **NOT** READ, circle all that apply)
 1. 0, 3, 7, 14, 28
 2. 0, 3, 7, 14
 3. 2-1-1 (2x0, 7, 21)
 4. Don't know
 5. Other _____

5. Which routes of **rabies vaccine** administration are used? (DO **NOT** READ, circle all that apply)
 1. Intramuscular
 2. Intradermal
 3. Subcutaneous
 4. Don't know
 5. Other _____

W. Who is responsible to ensure that the bite victim completes the full course of rabies vaccination? (DO NOT READ, mark all that apply)

1. The bite victim or the victim's family
2. The Hospital
3. The commune health department
4. The departmental health office
5. MSPP
6. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
7. DELR
8. No one is responsible
9. I don't know
10. Other: _____

VI. Rabies Knowledge and Surveillance Attitudes

A. Which of the following animals can get rabies? (READ ALL, mark all that apply)

- | | | |
|-----------|---------|--------|
| 1. Cows | Yes [1] | No [2] |
| 2. Goats | Yes [1] | No [2] |
| 3. Pigs | Yes [1] | No [2] |
| 4. Snakes | Yes [1] | No [2] |
| 5. Dogs | Yes [1] | No [2] |
| 6. Cats | Yes [1] | No [2] |
| 7. Birds | Yes [1] | No [2] |
| 8. Fish | Yes [1] | No [2] |

B. What are the signs that a dog might have rabies? (Circle all that the interviewee states)

- | | | |
|--------------|----------------------------|---------------------------|
| Lethargy [1] | Lack of muscle control [5] | Difficulty Breathing [9] |
| Fever [2] | Weakness [6] | Excessive Salivation [10] |
| Vomiting [3] | Paralysis [7] | Abnormal Behavior [11] |
| Anorexia [4] | Seizures [8] | Aggression [12] |

C. Have you ever seen a rabid dog?

- Yes [1] No [2] Unknown [3]

D. Have you ever seen a person with encephalitis?

- Yes [1] No [2] Unknown [3]

E. How many cases of encephalitis were diagnosed in your hospital in 2014?

Number: _____

F. Have you ever seen a person with rabies?

Yes [1] No [2]

K. Were you happy working with them (if yes or no, why)

Yes (describe): _____

No (describe): _____

Please provide us with any other suggestions you have for improving bite surveillance in Haiti:

Please provide us with any other suggestions you have for improving PEP surveillance in Haiti:

Please provide us with any other suggestions you have for improving human rabies surveillance in Haiti

**Surveillance pour morsure de chien et de systèmes de vaccin contre la rage en Haïti –
Medical**

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 60 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Questions d'entretiens semi-structurés des principales parties prenantes :
Centres Médicaux (administrateur de l'hôpital, médecins, infirmières et infirmiers impliqués dans la gestion des cas de morsure de chien)

I. DONNEES DEMOGRAPHIQUES

A. Education: Diplôme de premier cycle Maîtrise Diplôme professionnel
 Autre _____

B. Position / titre: _____

C. Années de service au Centre _____

D. Quelles sont vos fonctions ? (*Utilisez des questions ci-dessous pour guider la discussion. Notez le contenu principal de la discussion*)

D1. Quelles maladie que vous reportez (surveillance de maladie)?

D2. Combien de rapports de morsure gérez-vous par mois? _____

D3. Combien de cas d'encéphalite humains voyez-vous par an? _____

D4. Combien de cas suspects de rage humaine voyez-vous par an? _____

E. Pouvez-vous décrire ce que vous savez sur le Système national de surveillance sentinelle (NSSS), géré par la Direction d'Épidémiologie, de Laboratoire et de la Recherche (DELR)

F. Veuillez décrire vos rôles et responsabilités en matière de surveillance des **morsures d'animaux**

G. Veuillez décrire vos rôles et responsabilités en matière de surveillance de la **rage humaine**

II. SURVEILLANCE DE MORSURE DE CHIEN

A. Quelle est la définition de cas pour une morsure à déclarer?

B. Quelle est la définition de cas pour un animal enragé ou atteint de la rage?

C. Quelle est la définition de cas d'encéphalite humaine ?

D. Quelle est la définition de cas de rage humaine ?

E. Lequel (s) des cas de morsures suivants doivent être déclarés? (LIRE TOUTES LES REPONSES)

- E1. morsures de chien
- E2. morsures de chat
- E3. morsures de rat
- E4. morsures de chèvre
- E5. morsures de vache
- E6. morsures de serpent
- E7. morsures de mangouste
- E8. morsures de chauve-souris

F. Quand une personne est victime de morsure de chien est traité à l'hôpital, à qui vous le ne notifiez? (Ne **pas** lire les réponses, cocher toutes les réponses applicables)

- F1. Ministère de la Santé (MSPP)
- F2. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- F3. Direction d'Épidémiologie de Laboratoire et de la Recherche (DELR)
- F4. Direction Départementale
- F5. Bureau de Santé Communal
- F6. Ministère de l'Agriculture (MARNDR)
- F7. Nous ne rapportons pas les cas de morsures de chien
- F8. Autres: _____

G. Quand faut-il déclarer une morsure de chien ? (Ne **pas** lire les réponses, choisir **la** meilleure réponse)

- G1. Toujours
- G2. Jamais
- G3. Que si la morsure est sévère
- G4. Que si je sais que l'animal à la rage
- G5. Seulement si la PPE sera administrée
- G6. Je ne sais pas
- G7. Autres

H. Quelles informations devez-vous déclarer, lors du signalement d'une morsure par un chien? (Ne **pas** lire les réponses, encerclez tout ce que la personne interrogée a listé)

- H1. Site anatomique de la morsure
- H2. Endroit où la morsure a eu lieu
- H3. Type d'animal
- H4. Comportement de l'animal qui a mordu la personne
- H5. Si la PPE a été donnée
- H6. Je ne sais pas
- H7. Autres, veuillez décrire: _____

I. Y at-il une forme normalisée/standard pour signaler les morsures de chien au MSPP ou au NSSS/DELR?

- 1. Oui (**Si oui, veuillez demander une copie d'un formulaire de déclaration vierge*)
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

J. S'il y a une forme, il est en format papier ou électronique?

- 1. Papier
- 2. Electronique
- 9. Je ne sais pas

K. Quand un rapport de morsure de chien est terminé, est-ce que les organisations devraient recevoir une copie de la forme? (Ne **pas** lire, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

- 1. Bureau de la santé commune
- 2. Bureau de la santé
- 3. Ministère de la Santé (MSPP)
- 4. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- 5. Direction d'Épidémiologie de Laboratoire et de la Recherche (DELR)
- 6. Ministère de l'Agriculture (MARNDR)
- 7. Hôpitaux
- 8. Nous ne rapportons pas les cas de morsures de chien
- 9. Autres, veuillez décrire: _____

L. Combien de temps après avoir été signalé d'un cas de morsure que vous devez soumettre un rapport de morsure? (Ne **pas** lire les réponses, cocher **la** meilleure réponse)

- 1. Immédiatement
- 2. Rapport à la fin de ma journée de travail / de mon roulement
- 3. Rapport à la fin de la journée
- 4. Rapport à la fin de la semaine
- 5. Rapport à la fin du mois
- 6. Il n'y a pas d'importance de quand je dois signaler le cas
- 7. Je ne signale pas
- 8. Je ne sais pas

M. Quelles méthodes utilisez-vous pour soumettre des formulaires de déclaration de morsure ? (Ne **pas** lire, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

- 1. Appels téléphoniques
- 2. Rapports envoyés par la poste
- 3. Rapports remis en main propre
- 4. Rapports envoyés par télécopieur (fax)
- 5. Rapports envoyés par email
- 6. Plateforme de surveillance électronique
- 7. Autres, veuillez décrire: _____

N. Sont les formes utilisées pour suivre les résultats du traitement de la victime de la morsure ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

O. Sont les formes analysées afin de créer des synthèses épidémiologiques des événements de morsure ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

P. MSPP/DELRL fait part des résumés des rapports de morsure avec votre établissement de santé ?

1. Oui

2. Non

9. Je ne sais pas

Q. Y at-il toute autre utilisation pour les rapports de la morsure ? [RÉPONSE OUVERTE]

R. Y at-il d'autres outils ou documents que vous utilisez pour enregistrer ou suivre les événements de morsure?

III. OBSTACLES A LA DECLARATION

A. Y at-il des aspects de la forme de notification/déclaration de morsure d'animal qui sont difficiles à remplir?

1. Oui

2. Non.

Si Oui, veuillez expliquer :

B. Est-il déjà arrivé que n'avez-vous **pas** signalé un cas de morsure d'animal à votre commune, département, ou MSPP/DELR ?

1. Oui

2. Non

9. Je ne sais pas

C. Quelles ont été les raisons qui ont causées que vous n'aviez pas déclaré un cas de morsure d'animal à votre commune, département ou MSPP / DELR? (Lire **toutes les** réponses, cocher si la réponse est affirmative)

1. Je ne savais pas que je suis obligé (e) de rapporter les cas de morsure d'animal

2. Je n'ai pas le temps de remplir le formulaire

3. Je n'ai pas le temps d'envoyer le rapport

4. Ce centre de santé ne signale pas les événements de morsure

5. Je n'ai pas toute forme de surveillance de morsure

6. Je ne pense pas que rapports piqûres est important

7. Autres, veuillez décrire: _____

D. Quelles ont été les raisons qui ont causées que vous n'aviez pas déclaré un cas de morsure d'animal aux agents de surveillance de la rage MARNDR (lire **toutes les** réponses, cocher si la réponse est affirmative)

1. Je ne connaissais pas ce programme

2. Ce programme n'est pas opérationnel pas dans mon département

3. Je n'ai pas le temps pour appeler l'agent

4. Je ne savais pas comment communiquer avec l'agent

5. Cet établissement de santé ne signale pas les cas de morsure d'animal

6. Je ne suis pas satisfait avec le travail que les agents de surveillance ont fait dans le passé

7. Autres, veuillez décrire: _____

IV. SURVEILLANCE DE MORSURE DE CHIEN: ENQUETES

A. Qui sont les **personnes** ou les **organismes** chargés d'enquêter sur des chiens qui ont mordu les gens?
(Ne **pas** lire, cocher toutes les réponses applicables)

- 1. Officier sanitaire de la commune (si oui : toujours, parfois, rarement responsable?)
- 2. Agents de surveillance de la commune (si oui : toujours, parfois, rarement responsable?)
- 3. Agents de santé du département (si oui : toujours, parfois, rarement responsable?)
- 4. Officiers de la rage MARNDR (si oui : toujours, parfois, rarement responsable?)
- 5. Personne
- 6. Je ne sais pas
- 7. Autre (précisez): _____

B. Quelles sont les raisons de signaler les chiens qui sont impliqués dans un cas de morsure?
(Ne **pas** lire, marquer toutes les réponses applicables)

- 1. Pour évaluer le chien pour l'infection de virus de la rage
- 2. Pour enlever le chien agressif de la communauté
- 3. Pour identifier d'autres personnes qui peuvent avoir été mordus par le chien même
- 4. Pour déterminer si les personnes mordues ont besoin de vaccin contre la rage
- 5. Parce que c'est mon travail
- 6. Parce que les chiens ne sont pas systématiquement signalés après un événement cas de morsure
- 7. Autres, veuillez décrire: _____

C. Si vous identifiez une personne atteinte de la rage, à qui vous le signalez?
(Ne **pas** lire, marquer toutes les réponses applicables)

- 1. Département de la santé commune
- 2. Bureau de la santé dans le département
- 3. MSSP
- 4. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- 5. DELR
- 6. Bureau du ministère de l'agriculture
- 7. MARNDR
- 8. Je ne sais pas
- 9. Nous ne relevons pas des animaux enragés à quiconque

V. PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PPE)

A. D'où votre institution s'approvisionne t-il du vaccin antirabique ?
(Lire toutes les réponses, cocher toutes les réponses applicables)

- 1. MSPP
- 2. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- 3. DELR

- 4. PROMESS
- 5. Centre de santé du département
- 6. Centre de santé de la commune
- 7. Organisations non gouvernementales (ONG)
- 8. Pharmacies privées
- 9. Je ne sais pas
- 10. nous ne portent pas de vaccin contre la rage
- 11. Autre : _____

B. Combien coûte le **vaccin antirabique** à vos patients?
(Lire toutes les réponses, cocher toutes les réponses applicables)

- 1. C'est gratuit pour tous les patients de cas de morsure de chien
- 2. Cela dépend, basé sur combien le patient peut payer
- 3. Indiquer le coût d'une dose de vaccin: _____ Gourdes ou US \$ _____
- 4. Je ne sais pas

C. Est-ce que votre établissement de soins de santé a actuellement le vaccin antirabique en stock, est-il disponible pour les cas de morsures?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas
- Autre _____

D. Au cours des six derniers mois, votre établissement a-t-il connu une pénurie de **vaccin contre la rage**?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

Si Oui, décrire les circonstances: _____

E. Y a-t-il un formulaire utilisé par votre centre de santé pour signaler l'utilisation du **vaccin contre la rage** au MSP/DEL, bureaux départementaux de santé ou les bureaux de santé communaux?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

*** Si oui, s'il vous plaît demander si c'est possible de voir un exemplaire du formulaire**

F. S'il y a une **forme d'utilisation de vaccin contre la rage**, il est disponible en format papier ou électronique? (Cocher toutes les réponses applicables)

- 1. Papier
- 2. Electronique
- 9. Je ne sais pas

G. Quand faut-il remplir un **formulaire d'utilisation de vaccin contre la rage**?
(Ne **pas** lire les réponses, choisissez **la** meilleure)

- 1. Après chaque dose administrée
- 2. Une fois quand le cours est terminé
- 3. Jamais
- Autre _____

H. Combien de temps après donné un vaccin antirabique avez-vous besoin de soumettre un formulaire de vaccin contre la rage? (Ne **pas** lire, choisir **l'un** de meilleurs)

- 1. Immédiatement
- 2. Rapport à la fin de mon quart de travail
- 3. Rapport à la fin de la journée
- 4. Rapport à la fin de la semaine
- 5. Rapport à la fin du mois
- 6. Il n'a pas d'importance lorsque je signale
- 7. Rapport après que la personne complète le cours de la vaccination
- 8. Je ne signale pas
- 9. Je ne sais pas

I. A qui vous soumettez les formes de vaccins antirabiques?
(Ne **pas** lire, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

- 1. Département de la santé commune
- 2. Bureau de la santé dans le département
- 3. Ministère de la santé (MSPP)
- 4. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- 5. DELR
- 6. Hôpitaux
- 7. Nous ne rapportons pas les cas de morsures de chien
- 8. Autre: _____

J. Par quelles méthodes soumet-on des formes de vaccin contre la rage au ministère ou DELR ? (Ne **pas** lire, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

- 1. Rapports remis en main propre
- 2. Appels téléphoniques
- 3. Rapports envoyés par email / télécopieur (fax)
- 4. Système basé sur le Web
- 5. Rapports envoyés par la poste
- 6. Je ne sais pas
- 7. Autres, veuillez décrire: _____

K. Les formes sont-elles utilisées pour suivre le calendrier de vaccination du patient du cas de morsure ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

L. Les formes doivent-elles être présentées à DELR pour recevoir plus de vaccin ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

M. Est-ce que le MSPP / DELR partage les rapports sur les formes de vaccin antirabique avec votre département sanitaire?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

N. Y a t-il d'autres utilisations pour les formes de vaccin antirabique? [RÉPONSE OUVERTE]

O. Y a t-il d'autres outils ou documents qui vous permettent d'enregistrer ou de contrôler l'utilisation de vaccin contre la rage ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

Si Oui, décrivez :

P. D'où votre institution s'approvisionne t-elle d'**immunoglobuline antirabique**?
(Lire toutes les réponses, cocher toutes les réponses applicables)

- 1. MSPP
 - 2. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
 - 3. DELR
 - 4. PROMESS
 - 5. Bureau de la santé dans le département
 - 6. Département de la santé commune
 - 7. Organisations non gouvernementales (c'est à dire MSF)
 - 8. Pharmacies privées
 - 9. Je ne sais pas
 - 10. Nous n'utilisons pas l'immunoglobuline antirabique
 - 11. Autre:
-

Q. Quel type d'immunoglobuline antirabique utilisez-vous ?

- 1. IGR humaine
 - 2. IGR équine
 - 3. Autre:
-

R. Combien **immunoglobuline antirabique** coûte la victime mordue? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

- 1. C'est gratuit pour tous les patients de cas de morsure de chien
- 2. Ca dépend, basé sur combien le patient peut payer
- 3. Indiquer le coût par flacon: _____ Gourdes ou US \$ _____
- 4. Je ne sais pas

S. Est-ce que votre institution possède actuellement de l'**immunoglobuline antirabique**, disponible pour les victimes de morsure ?

- 1. Oui
 - 2. Non
 - 3. Je ne sais pas
 - 4. Autres :
-

T. Au cours des six derniers mois, a votre institution a connu une pénurie de l'**immunoglobuline antirabique**?

- 1. Oui
- 2. Non
- 9. Je ne sais pas

Si Oui, décrivez :

U. Lorsque vous donnez une **immunoglobuline antirabique** avez-vous besoin de le signaler à quelqu'un?

1. Oui
pas

2. Non

9. Je ne sais

Dans l'affirmative, qui vous font vos rapport d'utilisation de l'immunoglobuline antirabique ?

V. PPE PROTOCOLES

A. Quand la morsure doit-elle être lavée avec des désinfectants (du savon et de l'eau)?

1. Toujours

2. Parfois (décrire) _____

3. Jamais

4. Je ne sais pas

5. Autre: _____

B. Quand l'**immunoglobuline antirabique** doit-elle être administrée au patient de cas de morsures?

(Ne **pas** lire, cocher **la** meilleure réponse)

1. Toujours

2. Parfois (décrire) _____

3. Jamais

4. Je ne sais pas

5. Autre: _____

C. Quand **le vaccin antirabique** doit-il être administré au patient de cas de morsures?

(Ne **pas** lire, cocher **la** meilleure réponse)

1. Toujours

2. Parfois (décrire) _____

3. Jamais

4. Je ne sais pas

5. Autre: _____

D. Quels calendriers de vaccination **contre la rage** sont utilisés (Liste jours administrés)?

(Ne **pas** lire, cocher toutes les réponses applicables)

1. Intervalle 0, 3, 7, 14, 28

2. Intervalle 0, 3, 7, 14

3. Intervalle 2-1-1 (2 x 0, 7, 21)

4. Je ne sais pas

5. Autre : _____

E. Quelles sont les voies d'administration du **vaccin antirabique**?
(Ne **pas** lire, cocher toutes les réponses applicables)

- 1. Intramusculaire
- 2. Intradermique
- 3. Sous-cutanée
- 4. Je ne sais pas
- 5. Autre : _____

F. Qui est responsable de s'assurer que le patient du cas de morsure termine le cycle complet de **vaccination contre la rage**? (NE PAS LIRE, cocher toutes les réponses applicables)

- 1. la victime de la morsure ou de la famille de la victime
- 2. Hôpital
- 3. Département de santé de la commune
- 4. Bureau de la santé dans le département
- 5. MSPP
- 6. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- 7. DELR
- 8. Personne n'est responsable
- 9. Je ne sais pas
- 10. Autre: _____

VI. CONNAISSANCE DE LA RAGE ET ATTITUDES SURVEILLANCE

A. Lesquels des animaux suivants peuvent obtenir la rage ?
(Lire toutes les réponses, cocher toutes les réponses applicables)

- | | | |
|--------------------------------------|---------|------------|
| <input type="checkbox"/> 1. vaches | Oui [1] | aucun [2] |
| <input type="checkbox"/> 2. chèvres | Oui [1] | aucun [2]. |
| <input type="checkbox"/> 3. porcs | Oui [1] | aucun [2]. |
| <input type="checkbox"/> 4. serpents | Oui [1] | aucun [2]. |
| <input type="checkbox"/> 5. chiens | Oui [1] | aucun [2]. |
| <input type="checkbox"/> 6. chats | Oui [1] | aucun [2]. |
| <input type="checkbox"/> 7. oiseaux | Oui [1] | aucun [2]. |
| <input type="checkbox"/> 8. poissons | Oui [1] | aucun [2]. |

B. Quels sont les signes qu'un chien pourrait avoir la rage ?

(Cocher toutes que la personne interrogée dit

- 1. Léthargie
- 2. Fièvre
- 3. Vomissement
- 4. Anorexie
- 5. Manque de muscle contrôle
- 6. Faiblesse
- 7. Paralysie
- 8. Convulsions
- 9. Difficultés respiratoires
- 10. Salivation excessive
- 11. Comportement anormal
- 12. Agression C. Avez-vous déjà vu un chien enragé ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

D. Avez-vous déjà vu une personne avec une encéphalite?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

E. Combien de cas d'encéphalite ont été diagnostiqués dans votre hôpital en 2014?

Nombre total: _____

F. Avez-vous déjà vu une personne avec la rage ?

1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas

G. Combien de patients atteints de la rage ont été diagnostiqués dans votre hôpital en 2014 ?

Nombre total: _____

Êtes-vous d'accord ou en désaccord avec ces énoncés :

A. La rage est un problème important chez les **chiens** en Haïti

1. Oui 2. Non

B. La rage est un problème important chez les **personnes** en Haïti

1. Oui 2. Non

C. La rage est facilement diagnostiquée chez une **personne** basée sur des signes cliniques

1. Oui 2. Non

D. Toutes les victimes de morsure de chien doivent recevoir la vaccination antirabique

1. Oui 2. Non

E. Seulement les personnes mordues par des chiens malades devraient recevoir la vaccination antirabique

1. Oui 2. Non

F. Laver la plaie, en l'absence de vaccination, permettra d'éviter une personne d'obtenir la rage

1. Oui 2. Non

G. La vaccination antirabique est constituée d'une seule dose

1. Oui 2. Non

H. Lorsque je signale un cas de morsure, les résultats de l'enquête me sont présentés à nouveau en temps opportun:

- | | | | |
|--|---------|---------|--------|
| <input type="checkbox"/> 1. MSPP | Oui [1] | Non [2] | NA [3] |
| <input type="checkbox"/> 2. Agent de santé dans le département | Oui [1] | Non [2] | NA [3] |
| <input type="checkbox"/> 3. Agent de santé dans la commune | Oui [1] | Non [2] | NA [3] |
| <input type="checkbox"/> 4. Officier sanitaire | Oui [1] | Non [2] | NA [3] |
| <input type="checkbox"/> 5. MARNDR | Oui [1] | Non [2] | NA [3] |
| <input type="checkbox"/> 6. Autres: _____ | Oui [1] | Non [2] | NA [3] |

I. Il est important de signaler les cas de morsures de chiens à MSPP / DELR car il peut sauver des vies

1. Oui 2. Non

J. J'ai contacté le Ministère de l'Agriculture pour évaluer un chien suspect de rage

1. Oui 2. Non

K. Etiez-vous heureux de travailler avec eux (si oui ou non, pourquoi)

Oui (décrire): _____

Non (décrire): _____

Pouvez-vous nous fournir d'autres suggestions que vous avez pour améliorer la surveillance des cas de morsure en Haïti :

Pouvez-vous nous fournir d'autres suggestions que vous avez pour améliorer la surveillance de la PPE en Haïti :

Pouvez-vous nous fournir d'autres suggestions que vous avez pour améliorer la surveillance de la rage humaine en Haïti

Evaluation of Dog Bite Surveillance and Rabies Vaccine Systems in Haiti – Public Health Official

Semi-Structured Key Stakeholder Interview Questions
Public Health Officials

I. ORGANIZATIONAL DESCRIPTION & TRAINING

A. Education: Undergraduate Degree Master's Degree Professional Degree
 Other _____

B. Position / Title: _____

C. Years in Service at Center _____

D. What are your job duties? **(Use questions below to guide discussion. Note main content of discussion)**

1. **What disease conditions do you oversee?** _____
2. **How many bite reports do you investigate per month?** _____
3. **How long does bite investigation take?** _____
4. **How many rabies suspect animals do you investigate per month?** _____
5. **How many suspect human rabies cases do you investigate per month?**

6. **Do you evaluate animals for signs of disease? Yes, No**
7. **Do you submit animals to a laboratory for rabies testing? Yes, No**
 - A. **How many per month?** _____
 - B. **Which laboratory?** _____

****Ask for an organizational chart***

E. Who *in your organization* is responsible for investigation of dogs involved in bite events?

a. I am responsible

If another person, may we contact them to discuss bite surveillance activities?

b. Name: _____

c. Position Title: _____

d. What are their qualifications? _____

e. What are their job duties? _____

f. What percentage of their job activities are rabies related?

F. How many dog bite reports did DELR receive from January 1, 2015 – July 1, 2015?

Number: _____

****Can we have a list of all bite reports by hospital in your commune?***

G. Are persons at the commune and department health posts, who are responsible for dog bite investigations, required to be vaccinated against rabies?

Yes [1] No [2] Don't know [6]

H. Do persons responsible for dog bite investigations receive training in safe dog capture?

Yes [1] No [2] Don't know [6]

I. Do persons responsible for dog bite investigations receive training in dog sedation?

Yes [1] No [2] Don't know [6]

J. Do persons responsible for dog bite investigations receive training to euthanize dogs?

Yes [1] No [2] Don't know [6]

K. Do persons responsible for dog bite investigations receive training in rabies sample collection?

Yes [1] No [2] Don't know [6]

L. What equipment do you provide for persons responsible for assessment of rabies suspect dogs? (READ ALL, mark all that apply)

- | | | |
|-------------------|-----------------|--------------------------------|
| 1. Leather gloves | 6. Leashes | 11. Medications for sedation |
| 2. Control Pole | 7. Muzzles | 12. Medications for euthanasia |
| 3. Syringe Pole | 8. Nets | |
| 4. Gun | 9. Face shields | |
| 5. Machete | 10. Syringes | |

Other supplies, please list:

M. Are there facilities in Haiti to confine a dog for up to 14 days?

Yes [1] No [2] Don't Know [6]

***if yes, please request a list of locations for these facilities**

Inter-Ministerial Collaborations

N. For which zoonotic diseases does MSPP formally collaborate with MARNDR?

O. Which mechanisms does DELR use to formally report **dog bites** to MARNDR? (READ ALL, mark all that apply. Ask for names of persons responsible for reporting)

- | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| 1. No formal mechanisms exist | 5. By email | 8. Through a shared electronic system |
| 2. In person | 6. By Fax | |
| 3. By phone | 7. By electronic surveillance platform | |
| 4. By text message | | |

Other: _____

P. Which mechanisms does DELR use to formally report **animal rabies** cases to MARNDR? (READ ALL, mark all that apply, record names of persons responsible for reporting)

- | | | |
|-------------------------------|--------------------|--|
| 1. No formal mechanisms exist | 4. By text message | 7. By electronic surveillance platform |
| 2. In person | 5. By email | 8. Through shared electronic system |
| 3. By phone | 6. By Fax | |

Other: _____

Q. Which mechanisms does DELR use to formally report **human rabies** cases to MARNDR?
(READ ALL, mark all that apply, record names of persons responsible for reporting)

- | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| 1. No formal mechanisms exist | 5. By email | 8. Through a shared electronic system |
| 2. In person | 6. By Fax | |
| 3. By phone | 7. By electronic surveillance platform | |
| 4. By text message | | |

Other: _____

A. Please describe the National Sentinel Surveillance System in terms of structural organization and operation: (allow time for them to talk, record notes below)

a. What Ministry/Department oversees the NSSS?

b. How many disease conditions are considered reportable through NSSS?

c. Who oversees the following reportable conditions (name, title, and contact information)

i. Dog bites

Name: _____

Title: _____

Contact information: _____

ii. Rabies Vaccine Usage

Name: _____

Title: _____

Contact information: _____

iii. Encephalitis

Name: _____

Title: _____

Contact information: _____

iv. Human Rabies

Name: _____

Title: _____

Contact information: _____

II. DOG BITE SURVEILLANCE: REPORTING PRACTICES

A. What is the case definition for a reportable bite?

B. What is the case definition for a rabid animal?

C. What is the case definition for human encephalitis?

D. What is the case definition for human rabies?

E. Which of the following are reportable bites to the NSSS?

1. Dog bites
2. Cat bites
3. Rat bites
4. Goat bites
5. Cow bites
6. Snake bites
7. Mongoose bites
8. Bat bites

F. Is there a standardized form to report dog bites to MSPP/NSSS/DELR?

1. Yes 2. No 9. I don't know

****if yes, please ask for a copy of a blank reporting form***

G. If there is a bite surveillance form, is it available in paper or electronic format? (circle all that apply)

1. Paper 2. Electronic 9. I don't know

H. From where do you receive reports of dog bites? (READ ALL RESPONSES, mark **all** answers that are affirmative)

1. Directly from medical providers
2. From Rabies Health Officers (MARNDR)
3. From Departmental health officers
4. From Commune Health Officers
5. From Commune Sanitation Officers
6. From Veterinarians
7. From the public
8. I don't know
9. Other, please describe: _____

I. How do you receive reports of dog bites? (READ ALL RESPONSES, mark **all** answers)

1. Phone Calls
2. A Standardized Form
3. Email/Faxes
4. A Web-based system
5. Mail
6. I don't know
7. Other, please describe:

J. Please describe the flow of bite reports, from the time they are recorded at a health facility, to when they are entered into NSSS. **If a document exists that describes the flow of data request a copy.**

1. List the institutions who should receive a copy of the bite report form (ie commune health department, department health office, DELR).
2. Are bite report forms submitted to these institutions simultaneous or step-wise? Describe reporting flow.

K. Under what circumstances do bite reports need to be submitted? (READ ALL, choose the **one** best)

- | | | |
|----------------------|---|-----------------|
| 1. Always giving PEP | 3. Only if the bite is severe | 5. Only when |
| 2. Never | 4. Only if I know the animal has rabies | 6. I don't know |
| 7. Other | | |
-

L. When a dog bite report is completed, which organizations should receive a copy of the form? (READ ALL, mark **all** that apply)

1. Commune health department
 2. Departmental health office
 3. Ministry of Health (MSPP)
 4. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
 5. DELR
 6. Department of Epidemiology and Laboratory Resources (DELRL)
 7. Ministry of Agriculture (MARNDR)
 8. Hospitals
 9. We do not report dog bites
 10. Other:
-

M. How soon after notification of a bite victim should the bite report form be submitted to DELR/NSSS? (READ ALL, choose the **one** best.)

1. Immediately
 2. By the end of my shift
 3. By the end of the day
 4. By the end of the week
 5. By the end of the month
 6. It doesn't matter when I report
 7. I do not report
 8. Other:
-

N. What methods are available for submission of bite report forms? (READ ALL, mark **all** that apply)

1. Phone calls
2. Mailed reports
3. Hand delivered reports
4. Faxed reports
5. Emailed reports
6. Electronic surveillance platform

7. Other:

- O. Are the forms used to track the bite victim's treatment outcomes?
1. Yes 2. No 9. I don't know
- P. Are the forms analyzed to create epidemiologic summaries of bite events?
1. Yes 2. No 9. I don't know
- Q. Does MSPP/DELR share summaries of bite reports with departmental or commune health departments?
1. Yes 2. No 9. I don't know
- A. Are there any other uses for bite reports? [OPEN ANSWER]
- B. Are there any other tools or documents you use to record or track bite events?

III. BARRIERS TO REPORTING

- A. Are there aspects of the bite form that are difficult to fill out? If yes, please explain.
- B. What are some reasons that you have heard for **NOT** reporting a bite event to MSPP/DELR (READ **ALL** ANSWERS, circle if answer is affirmative)
1. I did not know I was required to report bite events
 2. I did not have time to fill out the form
 3. I did not have time to send in the report
 4. This health department does not report bite events
 5. I did not have any bite surveillance forms
 6. I do think reporting bites is important
 7. Other reason, please describe:

C. What are some reasons that have caused you to **NOT** report a bite event to the **MARNDR** Rabies Surveillance Officers (READ **ALL** ANSWERS, circle if answer is affirmative)

1. I did not know of this program
2. This program does not operate in my department
3. I did not have time to call the officer
4. I did not know how to contact the officer
5. This health department does not report bite events
6. I am not pleased with the work the surveillance officers have done in the past
7. Other reason, please describe:

IV. DOG BITE SURVEILLANCE: INVESTIGATIONS

A. Who are the **people** or **organizations** responsible for investigating dogs that have bitten people? (READ ALL, mark all that apply)

1. Commune sanitation officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
2. Commune surveillance officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
3. Departmental health officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
4. MARNDR rabies officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
5. No one
6. Other (describe):

7. I do not know

B. What are some of the reasons to investigate dogs involved in bite events? (DO **NOT** READ, mark all that apply)

1. To assess the dog for rabies virus infection
2. To remove the aggressive dog from the community
3. To identify other persons who may have been bitten by the same dog
4. To determine if the persons bitten need rabies vaccine
5. Because it is my job
6. Dogs are not routinely investigated after a bite event
7. Other reasons:

D. Should investigators look for other people who may have been bitten by the same dog?

- a. Yes
- b. No

c. Sometimes (describe):

E. During an investigation of a dog bite, what should the investigators do to the dog?
(READ ALL, mark all that apply)

1. Nothing is done to the dog
2. The dog is assessed for signs of illness
3. Healthy dogs are placed in observation for a certain number of days
4. Sick dogs are killed with a machete, stone, or stick
5. Sick dogs are sedated and euthanized with veterinary medications
6. Submit rabies suspect dogs to MARNDR for rabies testing
7. I don't know
8. Other: _____

F. When department and commune health offices identify **a rabid dog**, who should they report it to? (READ ALL, mark all that apply)

1. commune health department
2. departmental health office
3. MSSP
4. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
5. DELR
6. departmental agriculture office
7. MARNDR
8. I don't know
9. We do not report rabid animals to anyone

G. When department and commune health offices identify **a person with rabies**, who should they report it to? (READ ALL, mark all that apply)

1. commune health department
2. departmental health office
3. MSSP
4. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
5. DELR
6. Departmental agriculture office
7. MARNDR
8. I don't know
9. We do not report rabid animals to anyone

V. POST EXPOSURE PROPHYLAXIS

A. Where does your institution get **rabies vaccine** from? (READ ALL, mark all that apply)

1. International donations from governments
2. International donations from Non-Government Organizations (WHO, PAHO, World Bank, etc)
3. Purchased by Haitian Government
4. Vaccine manufacturers
5. Private companies
6. Private Pharmacies
7. I do not know
8. We do not carry rabies vaccine
9. Other: _____

B. How much does **rabies vaccine** cost bite victims? (READ ALL, mark all that apply)

1. It is free to all dog bite victims
2. Sliding scale, based on how much the bite victim can afford
3. Specify Total Cost One Vaccine Dose: \$_____
4. I do not know

C. Does your institution currently have **rabies vaccine** available for bite victims?

1. Yes 2. No 9. I don't know
Other _____

D. In the last six months, has your institution experienced a shortage of **rabies vaccine**?

1. Yes (describe circumstance):

2. No
3. Don't know

E. Is there a standardized form to report **rabies vaccine** use to MSPP/DELR?

1. Yes 2. No 3. I don't know
***if yes, please request a blank copy of the form**

F. If there is a **rabies vaccine form**, is it available in paper or electronic format? (circle all that apply)

1. Paper 2. Electronic 9. I don't know

G. When do institutions need to fill out a **rabies vaccine form**? (READ ALL, choose the **one** best)

1. After every dose administered
2. After the course is completed
3. Never

Other

H. How soon after giving a **rabies vaccine** should the vaccine form be submitted to DELR?
(READ ALL, choose the **one** best)

1. Immediately
2. Report by the end of my shift
3. Report by the end of the day
4. Report by the end of the week
5. Report by the end of the month
6. It doesn't matter when I report
7. Report after the person completes the course of vaccination
8. I do not report
9. I don't know

I. Which organizations should receive a copy of the rabies vaccine form? (READ ALL, mark **all** that apply)

1. Commune health department
2. Departmental health office
3. Ministry of Health (MSPP)
4. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
5. DELR
6. Hospitals
7. We do not report dog bites
8. Other:

-
1. Which methods are available for submission of vaccine forms to DELR? (READ ALL, mark **all** that apply)Hand deliver
 2. Phone Calls
 3. Email/Faxes
 4. A Web-based system
 5. Mail
 6. I don't know

Other, please describe:

J. Are the forms used to track the bite victim's vaccination schedule?

1. Yes 2. No 9. I don't know

K. Are the forms required to be submitted to DELR to receive more vaccine?

1. Yes 2. No 9. I don't know

L. Does MSPP/DEL R share summaries of rabies vaccine forms with health department?

1. Yes 2. No 9. I don't know

M. Where you do distribute rabies vaccine to? (READ ALL, mark all that apply)

1. Departmental health department

2. Commune health departments
3. Non-government organizations (MSF, etc)
4. Private hospitals
5. Government run hospitals
6. Other: _____

N. Are there any other uses for rabies vaccine forms? [OPEN ANSWER]

O. Are there any other tools or documents you use to record or track rabies vaccine usage?

P. Please describe how rabies vaccine usage is tracked

Q. Please describe how rabies vaccine is distributed

R. Please describe how rabies vaccine institutions request rabies vaccine

S. Where does your institution get **rabies immune globulin** from? (READ ALL, mark all that apply)

1. International donations from governments
2. International donations from Non-Government Organizations (WHO, PAHO, World Bank, etc)
3. Purchased by Haitian Government
4. Vaccine manufacturers
5. Private companies
6. Private Pharmacies
7. I do not know
8. We do not carry rabies vaccine
9. Other:

T. What type of rabies immune globulin do you use?

1. Human RIG
2. Equine RIG
3. Other: _____

U. How much does **rabies immune globulin** cost bite victims? (READ ALL, mark all that apply)

1. It is free to all dog bite victims
2. Sliding scale, based on how much the bite victim can afford
3. Specify Cost per Vial: \$ _____
4. I do not know

V. Does your institution currently have **rabies immune globulin** available for bite victims?

1. Yes
2. No
9. I don't know

W. In the last six months, has your institution experienced a shortage of **rabies immune globulin**?

1. Yes (describe circumstance):

2. No
3. Don't know

X. When a provider gives **rabies immune globulin** does this need to be reported to anyone?

1. Yes
2. No
3. Don't know

If Yes, who should rabies immune globulin usage be reported to?

Y. PEP PROTOCOLS

1. When should the bite wound be washed with disinfectants (ie soap) and water?
 1. Always
 2. Sometimes
 3. Never
 4. Don't know
 5. Other:

2. When should **Rabies Immune Globulin** be administered to bite victims? (DO **NOT** READ, circle ONE best answer)

1. Always
2. Sometimes (describe)

-
3. Never
 4. Don't know
 5. Other:
-

3. When should **Rabies Vaccine** be administered to bite victims? (DO **NOT** READ, circle ONE best answer)

1. Always
2. Sometimes (describe)

-
3. Never
 4. Don't know
 5. Other:
-

4. Which **rabies vaccine** schedules are used (list days administered)? (DO **NOT** READ, circle all that apply)

1. 0, 3, 7, 14, 28
 2. 0, 3, 7, 14
 3. 2-1-1 (2x0, 7, 21)
 4. Don't know
 5. Other
-

5. Which routes of **rabies vaccine** administration are used? (DO **NOT** READ, circle all that apply)

1. Intramuscular
 2. Intradermal
 3. Subcutaneous
 4. Don't know
 5. Other
-

Z. Who is responsible to ensure that the bite victim completes the full course of **rabies vaccination**? (READ ANSWERS, mark all that apply)

1. The bite victim or the victim's family
2. The Hospital
3. The commune health department
4. The departmental health office
5. MSPP
6. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
7. DELR
8. No one is responsible
9. I don't know
10. Other: _____

VI. Rabies Knowledge and Surveillance Attitudes

A. Which of the following animals can get rabies? (READ ALL, mark all that apply)

- | | | |
|-----------|---------|--------|
| 1. Cows | Yes [1] | No [2] |
| 2. Goats | Yes [1] | No [2] |
| 3. Pigs | Yes [1] | No [2] |
| 4. Snakes | Yes [1] | No [2] |
| 5. Dogs | Yes [1] | No [2] |
| 6. Cats | Yes [1] | No [2] |
| 7. Birds | Yes [1] | No [2] |
| 8. Fish | Yes [1] | No [2] |

B. What are the signs that a dog might have rabies? (Circle all that the interviewee states)

- | | | |
|--------------|----------------------------|---------------------------|
| Lethargy [1] | Lack of muscle control [5] | Difficulty Breathing [9] |
| Fever [2] | Weakness [6] | Excessive Salivation [10] |
| Vomiting [3] | Paralysis [7] | Abnormal Behavior [11] |
| Anorexia [4] | Seizures [8] | Aggression [12] |

C. Have you ever seen a rabid dog?

- Yes [1] No [2] Unknown [3]

D. Have you ever seen a person with encephalitis?

- Yes [1] No [2] Unknown [3]

E. How many cases of encephalitis were reported in Haiti in 2014?

Number: _____

F. Have you ever seen a person with rabies?

- Yes [1] No [2] Unknown [3]

G. How many rabies victims were reported in Haiti in 2014?

Number: _____

Do you agree or disagree with these statements:

- A. Rabies is a significant problem in **dogs** in Haiti
Agree [1] Disagree [2]
- B. Rabies is a significant problem in **people** in Haiti
Agree [1] Disagree [2]
- C. Rabies is easily diagnosed in a **person** based on clinical signs
Agree [1] Disagree [2]
- D. All dog bite victims should receive rabies vaccination
Agree [1] Disagree [2]
- E. Only persons bitten by sick dogs should receive rabies vaccination
Agree [1] Disagree [2]
- F. Washing the wound, in the absence of vaccination, will prevent a person from getting rabies
Agree [1] Disagree [2]
- G. Rabies vaccination consists of only one shot
Agree [1] Disagree [2]
- H. Bite events are quickly investigated by:
- | | | | |
|-----------------------------|-----------|--------------|--------|
| i. MSPP: | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
| ii. Commune Health Officer: | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
| iii. Sanitation Officer: | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
| iv. MARNDR: | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
| v. Other: _____ | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
- I. Results of animal investigations are routinely reported back to me when conducted by:
- | | | | |
|-----------------------------|-----------|--------------|--------|
| i. MSPP: | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
| ii. Commune Health Officer: | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
| iii. Sanitation Officer: | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
| iv. MARNDR: | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
| v. Other: _____ | Agree [1] | Disagree [2] | NA [3] |
- J. It is important to report dog bites to MSPP/NSSS/DELR because it can save lives
Agree [1] Disagree [2]
- K. I have contacted the Ministry of Agriculture to evaluate a dog bite

Agree [1]

Disagree [2]

L. Were you happy working with them (if yes or no, why)

Yes (describe):

No (describe):

What are the three most urgent issues needing to be addressed to improve bite surveillance in Haiti:

What are the three most urgent issues needing to be addressed to improve PEP surveillance in Haiti:

What are the three most urgent issues needing to be addressed to improve human rabies surveillance in Haiti:

**Surveillance pour morsure de chien et de systèmes de vaccin contre la rage en Haïti -
Santé publique**

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 60 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

questions d'entretiens semi-structurés des principales parties prenantes

I. Formation & DESCRIPTION organisationnelle

A. Education: diplôme de premier cycle maîtrise diplôme professionnel
 Other _____

B. Position / titre: _____

C. années de service au centre _____

D. quelles sont vos fonctions ? (**Questions sur l'usage ci-dessous pour guider la discussion. Notez le contenu principal de la discussion**)

1. quelles conditions de maladie vous surveillez? _____

2. combien de rapports morsure vous examiner par mois? _____

3. Combien de temps dure l'enquête de morsure prise? _____

4. combien animaux suspects de rage vous examiner par mois? _____

5. Combien de cas suspects de rage humaine voyez-vous par an? _____

6. évaluez-vous animaux des signes de maladie ? Oui, non

7. Soumettez-vous les animaux à un laboratoire pour les tests de la rage? Oui Non

A. combien par mois? _____

B. quel laboratoire? _____

*** Demander un organigramme**

E. Qui dans votre organisation est responsable des enquêtes sur les chiens impliqués dans les événements de morsure?

a. je suis responsable

Si une autre personne, pouvons-nous communiquer avec eux pour discuter des activités de surveillance de morsure ?

b. Name: _____

c. titre du poste: _____

d. quelles sont leurs qualifications? _____

e. quelles sont leurs fonctions? _____

f. quel est le pourcentage de leurs activités de travail sont la rage liée ?

F. combien de chien morsure rapports DELR a reçu depuis le 1er janvier 2015 – 1er juillet 2015 ?

Numéro: _____

*** Peut-on avoir une liste de tous les rapports de morsure par hôpital dans votre commune ?**

G. sont des personnes à des postes de santé commune et département, qui sont responsables pour des enquêtes de morsure de chien, qui doivent être vacciné contre la rage ?

Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

H. Est-ce que personnes responsables des enquêtes de morsure de chien reçoivent une formation dans la capture de chien en toute sécurité?

Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

I. Est-ce que personnes responsables des enquêtes de morsure de chien reçoivent une formation dans la sédation de chien?

Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

J. Est-ce que les personnes responsables des enquêtes de morsure de chien reçoivent une formation pour euthanasier les chiens?

Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

K. Est-ce que personnes responsables des enquêtes de morsure de chien reçoivent une formation en matière de collecte de l'échantillon de la rage?

Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

L. Quel équipement vous avez à votre disposition pour la capture des chiens suspect de rage ? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

- | | | |
|-------------------------------|---------------|-----------------------------------|
| 1. gants en cuir | 5. machette | 9. écrans faciaux |
| 2. pôle de contrôle | 6. laisses | 10. seringues |
| 3. seringue Pole | 7. muselières | 11. médicaments de sédation |
| 4. pistolet | 8. filets | 12. médicaments pour l'euthanasie |
| 13. Autres, veuillez décrire: | | |

M. y at-il des installations en Haïti de confiner un chien jusqu'à 14 jours ?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

* **Si oui, veuillez demander une liste des lieux où ces installations**

Collaboration interministérielle

N. Pour quelles maladies zoonotiques MSPP collaborer formellement avec MARNDR??

O. quels mécanismes DELR utilise-t-elle pour déclarer officiellement **morsures de chien** à MARNDR ? (Lire tout, marquez toutes les cases. Demandez les noms des personnes responsables de faire rapport)

- | | | |
|---------------------------|-------------------------|--|
| 1. aucun mécanisme formel | 4. par message du texte | 7. par la plate-forme de surveillance électronique |
| 2. en personne | 5. par email | 8. grâce à un système électronique partagé |
| 3. par téléphone | 6. par Fax | |
| Autre: _____ | | |

P. quels mécanismes DELR utilise-t-il pour signaler officiellement des cas de **rage animale** au MARNDR ? (Lire tout, marquer tout ce qui s'applique, d'enregistrer des noms de personnes accusées de l'avoir signalé)

- | | | |
|---------------------------|-------------------------|--------------|
| 1. aucun mécanisme formel | 3. par téléphone | 5. par email |
| 2. en personne | 4. par message du texte | 6. par Fax |

7. par la plate-forme de surveillance électronique

8. grâce à un système électronique partagé

Autre: _____

Q. quels mécanismes DELR utilise-t-il pour signaler officiellement des cas de **rage humaine** à MARNDR ? (Lire tout, marquer tout ce qui s'applique, d'enregistrer des noms de personnes accusées de l'avoir signalé)

1. aucun mécanisme formel

2. en personne

3. par téléphone

4. par message du texte

5. par email

6. par Fax

7. par la plate-forme de surveillance électronique

8. grâce à un système électronique partagé

9. Autre: _____

S. S'il vous plaît décrire le Système national de surveillance sentinelle (SNSS) en termes d'organisation structurelle et le fonctionnement: (laisser le temps pour eux de parler, d'enregistrer des notes ci-dessous)

a. Qu'est-ce Ministère / Département supervise le SNSS? _____

b. Combien de maladie sont considérées à signaler via SNSS?

c. qui supervise les conditions suivantes à déclaration obligatoire (nom, titre et informations de contact)

I. morsures de chien

Name: _____

Title: _____

Coordonnées: ____ ____

II. Utilisation du vaccin contre la rage

Name: _____

Title: _____

Coordonnées: ____ ____

III. Encéphalite

Name: _____

Title: _____

Coordonnées: ____ ____

IV. Rage humaine

Name: _____

Title: _____

Coordonnées: ____ ____

II. SURVEILLANCE de morsure de chien : pratiques de déclaration

A. quelle est la définition de cas pour une morsure à déclarer ?

B. quelle est la définition de cas pour un animal enragé ?

C. quelle est la définition de cas d'encéphalite humaine ?

D. quelle est la définition de cas de la rage humaine ?

E. qui, de ce qui suit sont déclarables morsures à la SNSS ?

- | | | |
|----------------------|------------------------|------------------------------|
| 1. morsures de chien | 4. morsures de chèvre | 7. piqûres de mangouste |
| 2. morsures de chat | 5. morsures de vache | 8. morsures de chauve-souris |
| 3. morsures de rat | 6. morsures de serpent | |

F. Yat-il une forme normalisée pour signaler les morsures de chiens a MSPP/SNSS/DELR ?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

** Si oui, veuillez demander une copie d'un formulaire de déclaration vierge*

G. s'il y a une forme de surveillance de morsure, il est disponible en format papier ou électronique ?
(encercler toutes les réponses applicables)

1. papier 2. électronique 9. Je ne sais pas

H. dD'où recevez-vous des rapports des morsures de chien ? (Lu **toutes les** réponses, marquer toutes les réponses)

- a. Directement à partir de prestataires médicaux
- b. MSPP
- c. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- d. DELR
- e. Agents d'assainissement commune
- f. Agents de surveillance commune
- g. Agent de santé du département
- h. Agent de contrôle de la rage (MARNDR)
- i. Vétérinaires
- j. Public
- k. Je ne sais pas
- l. Autres, veuillez décrire: _____

I. Comment recevez-vous des rapports des morsures de chien ? (Lu toutes les réponses, marquer **toutes les** réponses)

- 1. Appels téléphoniques
- 2. Un formulaire normalisé
- 3. Email/fax
- 4. Un système basé sur le Web
- 5. Mail
- 6. Je ne sais pas
- 7. Autres, veuillez décrire: _____

J. s'il vous plaît décrire l'écoulement des rapports de morsure, partir du moment où ils sont enregistrés dans un établissement de santé, à lorsqu'ils sont entrés dans le SNSS. Si un document existe qui décrit le flux de données de demander une copie

1. Liste des institutions qui doivent recevoir un exemplaire du formulaire de rapport de morsure (le département de santé de la commune, bureau de la santé dans le département, DELR).
2. Sont les formulaires de rapport de morsure soumis aux institutions simultanément ou par étapes? Description du flux de l'information.

K. Dans quelles circonstances ne mordent les rapports doivent être soumis? (Lire tous, choisir **l'un** mieux)

1. Toujours
 2. Jamais
 3. Que si la morsure est sévère
 4. Que si je sais que l'animal est enragé
 5. Seulement quand ce qui donne du PPE
 6. Je ne sais pas
 7. Autre
-

L. une fois terminé un rapport de morsure de chien, quels organismes devraient recevoir une copie du formulaire ? (Lire tout, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

1. Le département de santé de la commune
 2. Bureau de la santé dans le département
 3. MSPP
 4. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
 5. DELR
 - e. Direction d'Épidémiologie de Laboratoire et de la Recherche (DELR)
 - f. Ministère de l'Agriculture (MARNDR)
 - g. Hôpitaux
 - h. Nous ne rapportons pas les morsures de chien
 - i. Autre:
-

M. combien de temps après notification d'une victime de morsure doit le formulaire de rapport de morsure soumettre à DELR/SNSS ? (Lire tous, choisir **l'un** mieux.)

1. Immédiatement
 2. A la fin de mon quart de travail
 3. A la fin de la journée
 4. A la fin de la semaine
 5. A la fin du mois
 6. Il n'y a pas d'importance lorsque je signale
 7. Je ne signale pas
 8. Autre:
-

N. Quelles méthodes sont disponibles pour la soumission des formulaires de rapport de morsure? (Lire tout, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

1. Appels téléphoniques
 2. Rapports envoyés par la poste
 3. Main livrée des rapports
 4. Rapports télécopiés
 5. Rapports envoyés via un e-mail
 6. Plate-forme de surveillance électronique
 7. Autre:
-

O. Sont les formes utilisées pour suivre les résultats du traitement de la victime de la morsure ?
Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

P. Sont les formes analysées afin de créer des synthèses épidémiologiques des événements de morsure?
Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

Q. Avez MSPP et DELR part résumés des rapports de morsures avec bureau de la santé dans le département ou les services de santé de commune ?
Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

S. Y a-t-il toute autre utilisation pour les rapports de la morsure ? [RÉPONSE OUVERTE]

T. Y a t-il d'autres outils ou documents que vous utilisez pour enregistrer ou suivre mordent événements?

III. Obstacles à la déclaration

A. y a-t-il des aspects de la forme de morsure qui sont difficiles à remplir ? Dans l'affirmative, veuillez expliquer.

B. Quelles sont les raisons que vous avez entendues pour ne pas déclarer un événement de morsure pour MSPP / DELR (lire **toutes les** réponses, cercle si la réponse est affirmative)

1. Je ne savais pas j'ai été tenu de déclarer les événements morsure
 2. Je n'ai pas le temps de remplir le formulaire
 3. Je n'ai pas le temps d'envoyer dans le rapport
 4. Ce département de la santé ne relève pas des événements de morsure
 5. Je n'ai pas toute forme de surveillance de morsure
 6. Je ne pense pas que les rapports piqûres est important
 7. Autre:
-

C. Quelles sont les raisons qui ont causé vous **de ne pas déclarer** un événement de morsure pour les agents de surveillance de la rage de **MARNDR** (lire **toutes les** réponses, cercle si la réponse est affirmative)

1. Je ne connaissais pas ce programme
 2. Ce programme ne fonctionne pas dans mon département
 3. Je n'ai pas le temps d'appeler l'agent
 4. Je ne savais pas comment communiquer avec l'agent
 5. Ce département de la santé ne relève pas des événements de morsure
 6. Je ne suis pas heureux avec le travail des agents de surveillance ont fait dans le passé
 7. Autre raison, s'il vous plaît décrire:
-

IV. SURVEILLANCE de morsure de chien : enquêtes

A. qui sont les **personnes** ou les **organismes** chargé d'enquêter sur des chiens qui ont mordu les gens ? (Ne **pas** lire, marquer toutes les réponses applicables)

- | | |
|---|--|
| a. Agents d'assainissement commune responsable?) | (si oui : toujours, parfois, rarement) |
| b. Les agents de surveillance commune responsable?) | (si oui : toujours, parfois, rarement) |
| c. Les agents de santé du département responsable?) | (si oui : toujours, parfois, rarement) |
| d. Officiers de la rage MARNDR responsable?) | (si oui : toujours, parfois, rarement) |
| e. Aucun personne | |
| f. Autre | |
| (précisez): _____ | |
| g. Je ne sais pas | |

B. Quelles sont les raisons de examine chiens impliqués dans un événement de morsure? (Ne **pas** lire, marquer toutes les réponses applicables)

- a. D'évaluer le chien pour l'infection de virus de la rage
 - b. Pour enlever le chien agressif de la communauté
 - c. Pour identifier d'autres personnes qui peuvent avoir été mordus par le chien même
 - d. Pour déterminer si les personnes mordues ont besoin de vaccin contre la rage
 - e. Parce que c'est mon travail
 - f. Chiens ne sont pas systématiquement signalés après un événement de morsure
 - g. Autres, veuillez décrire:
-

D. Si les enquêteurs chercher d'autres personnes qui pourraient avoir été mordues par le même chien? a. Oui

b. Non

c. Parfois

(décrire): _____

E. Au cours d'une enquête d'une morsure de chien, quelles devraient être les enquêteurs faire pour le chien? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. rien n'est fait pour le chien

2. le chien est évalué pour les signes de la maladie

3. chiens sains sont placés en observation pendant un certain nombre de jours

4. chiens malades sont tués avec une machette, une pierre ou bâton

5. malade chiens sont sous sédation et euthanasiés avec des médicaments vétérinaires

6. soumettre les chiens suspect de rage à MARNDR pour le test de la rage

7. je ne sais pas

8. autres:

F. Quand les bureaux de santé commune et département identifient **un chien enragé**, qui devraient ils signalez-le à ? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. Le département de santé de la commune

2. bureau de la santé dans le département

3. MSSP

4. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques

5. DELR

6. bureau de l'agriculture départementale

7. MARNDR

8. je ne sais pas

9. nous ne relèvent pas des animaux enragés n'importe qui

G. Quand les bureaux de santé département et de la commune d'identifier une personne avec la rage, qui doivent-ils signaler à?? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. Le département de santé de la commune

2. bureau de la santé dans le département

3. MSSP

4. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques

5. DELR

6. bureau de l'agriculture départementale

7. MARNDR

8. je ne sais pas

9. nous ne relèvent pas des animaux enragés n'importe qui

V. Prophylaxie post-exposition

A. D'où vient votre institution obtenir le vaccin antirabique à partir? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. Les dons internationaux des gouvernements
2. Les dons internationaux d'organisations non gouvernementales (OMS, l'OPS, la Banque mondiale, etc.)
3. achetés par le gouvernement haïtien
4. fabricants de vaccins
5. des entreprises privées
6. les Pharmacies privées
7. je ne sais pas
8. nous ne portent pas de vaccin contre la rage
9. Autre: _____

B. Combien coûte le **vaccin antirabique** vos patients? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. c'est gratuit pour toutes les victimes de morsure de chien
2. échelle mobile, basé sur combien la victime de la morsure peut se permettre
3. indiquer le coût d'une dose de vaccin: \$ _____ (note Haïtien or USD ?)
4. je ne sais pas

C. votre institution possède actuellement **le vaccin antirabique** disponible pour les victimes de morsure ?

Non [1] oui [2] je ne sais pas [6]
Autre _____

D. au cours des six derniers mois, votre institution connaît une pénurie de **vaccin contre la rage** ?

1. Oui (décrire les circonstances): _____
2. non
3. ne sais pas

E. y at-il un formulaire normalisé à usage de **vaccin antirabique** rapport au MSPP/DELR ?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

*** Si oui, s'il vous plaît demander un exemplaire du formulaire**

F. s'il y a une **forme de vaccin contre la rage**, il est disponible en format papier ou électronique ? (encercler toutes les réponses applicables)

1. papier 2. électronique 9. Je ne sais pas

G. quand les institutions doivent-elles remplir un **formulaire de vaccin contre la rage**? (Lire tous, choisir **l'un** mieux)

1. après chaque dose administrée 2. Une fois le cours terminé 3. Jamais

Autre _____

H. Combien de temps après avoir donné un vaccin antirabique doit la forme de vaccin sera soumis à DELR? (Lire tous, choisir **l'un** mieux)

1. immédiatement
2. rapport à la fin de mon quart de travail
3. rapport à la fin de la journée
4. rapport à la fin de la semaine
5. rapport à la fin du mois
6. peu importe quand j'ai le rapport
7. Rapport après que la personne complète le cours de la vaccination
8. je ne signale pas
9. je ne sais pas

I. quels organismes devraient recevoir une copie de la forme de vaccin contre la rage ? (Lire tout, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

1. Département de la santé commune
2. bureau de la santé dans le département
3. Ministère de la Santé (MSPP)
4. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
5. DELR
6. Hôpitaux
7. Nous ne rapportons pas les morsures de chien
8. Autre:

J. quelles méthodes sont disponibles pour le dépôt des formulaires de vaccin à DELR ? (Lire tout, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

1. livrer main
2. appels téléphoniques
3. email/fax
4. système basé sur le Web
5. mail
6. je ne sais pas
7. Autres, veuillez décrire:

K. sont les formes utilisées pour suivre le calendrier de vaccination de la victime de la morsure ?
Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

L. sont les formes doivent être présentés à DELR pour recevoir plus de vaccin ?
Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

M. MSPP/DELR fait part des résumés des formes de vaccin contre la rage avec bureau de la santé dans le département?
Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

N. où vous distribuer le vaccin antirabique à ? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. bureau de la santé dans le département
2. Le département de santé de la commune
3. Les organisations non-gouvernementales (MSF, etc.)
4. hôpitaux privés
5. gouvernement dirigé hôpitaux
6. Autre: _____

O. Y at-il d'autres utilisations pour les formes de vaccins contre la rage?? [RÉPONSE OUVERTE]

P. y at-il d'autres outils ou documents vous permet d'enregistrer ou de contrôler l'utilisation de vaccin contre la rage ?

Q. Veuillez décrire comment l'utilisation du vaccin contre la rage est suivie

R. s'il vous plaît décrire comment le vaccin antirabique est distribué

S. s'il vous plaît décrire comment la institutions demandent le vaccin antirabique

T. D'où vient votre institution obtenir de **immunoglobuline antirabique**? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. Les dons internationaux des gouvernements
2. Les dons internationaux d'organisations non gouvernementales (OMS, l'OPS, la Banque mondiale, etc.)
3. Achetés par le gouvernement Haïtien
4. Fabricants de vaccins
5. Entreprises privées

6. Pharmacies privées
7. Je ne sais pas
8. Nous ne portons pas de vaccin contre la rage
9. Autre: _____

U. quel type d'immunoglobuline rabique utilisez-vous ?

1. IGR humaine
2. IGR équine
3. Autre: _____

V. Combien **immunoglobuline antirabique** coûte la victime mordue? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. C'est gratuit pour toutes les victimes de morsure de chien
2. échelle mobile, basé sur combien la victime de la morsure peut se permettre
3. indiquer le coût par flacon: \$_____ (note Haïtien or USD ?)
4. je ne sais pas

W. Ce que votre institution possède actuellement **immunoglobuline antirabique** disponibles pour les victimes de morsure ??

1. Oui
2. Non
6. Je ne sais pas

X. au cours des six derniers mois, votre institution connaît une pénurie **d'immunoglobulines antirabiques** ?

1. Oui (décrire les circonstances): _____
2. Non
6. Je ne sais pas

Y. Lorsqu'un fournisseur donne immunoglobuline antirabique fait ce besoin d'être signalés à quelqu'un??

1. Oui. Si oui, qui devrait l'utilisation d'immunoglobulines antirabiques doit-on déclarer à ?

2. Non
6. Je ne sais pas

Z. PPE protocoles

I. Quand la morsure doit être lavé avec des désinfectants (à-savon et de l'eau)?

1. Toujours
2. Parfois (décrire) _____
3. Jamais
4. Je ne sais pas
5. Autre: _____

2. Quand immunoglobuline antirabique doit être administré aux victimes qui ont été mordu (Ne **pas** lire, une meilleure réponse de cercle)

1. toujours
2. parfois
3. jamais
4. je ne sais pas
5. Autre: _____

3. Quand **Le vaccin antirabique** doit être administré à aux victimes qui ont été mordu?
(Ne **pas** lire, une meilleure réponse de cercle)

1. toujours
2. parfois
3. jamais
4. ne sais pas
5. Autre: _____

4. Quelles calendriers de vaccination **contre la rage** sont utilisés (Liste jours administrés) ? (Ne **pas** lire, encercler toutes les réponses applicables)

- a. 0, 3, 7, 14, 28
- b. 0, 3, 7, 14
- c. 2-1-1 (2 x 0, 7, 21)
- d. ne sais pas
- e. Autre: _____

5. Quels voies de l'administration du **vaccin antirabique** sont utilisés ? (Ne **pas** lire, encercler toutes les réponses applicables)

1. intramusculaire
2. intradermique
3. sous-cutanée
4. je ne sais pas
5. Autre : _____

AA. Qui est responsable de s'assurer que la victime de la morsure termine le cycle complet de **vaccination contre la rage**? (NE PAS LIRE, marquer toutes les réponses applicables)

1. la victime de la morsure ou de la famille de la victime
2. l'hôpital
3. Le département de santé de la commune
4. bureau de la santé dans le département
5. MSPP
6. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
7. DELR
8. personne n'est responsable
9. je ne sais pas
10. Autre: _____

VI. Connaissance de la rage et attitudes surveillance

A. qui des animaux suivants peuvent obtenir la rage ? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. vaches	Oui [1]	non [2]
2. chèvres	Oui [1]	non [2]
3. porcs	Oui [1]	non [2]
4. serpents	Oui [1]	non [2]
5. chiens	Oui [1]	non [2]
6. chats	Oui [1]	non [2]
7. oiseaux	Oui [1]	non [2]
8. poissons	Oui [1]	non [2]

B. quels sont les signes qu'un chien pourrait avoir la rage ? (Encerclez toutes que la personne interrogée dit) Léthargie [1] la fièvre [2]

vomissement [3]		
anorexie [4]	manque de muscle contrôle [5]	faiblesse [6]
paralyse [7]	saisies [8]	difficultés
respiratoires [9]		
salivation excessive [10]	un comportement anormal [11]	agression [12]

C. avez-vous déjà vu un chien enragé ?

Oui [1] non [2] inconnu [3]

D. Avez-vous déjà vu une personne avec une encéphalite?

Oui [1] Non [2] inconnu [3]

E. Combien de cas d'encéphalite ont été diagnostiqués dans votre hôpital en 2014?

Numéro: _____

F. avez-vous déjà vu une personne avec la rage ?

Oui [1]

Non [2]

inconnu [3]

G. combien de victimes de la rage ont été signalés en Haïti en 2014 ?

Numéro: _____

Êtes-vous d'accord ou en désaccord avec ces énoncés :

A. la rage est un problème important chez les **chiens** en Haïti

D'accord [1] en désaccord [2]

B. la rage est un problème important chez les **personnes** en Haïti

D'accord [1] en désaccord [2]

C. la rage est facilement diagnostiquée chez une **personne** basée sur des signes cliniques

D'accord [1] en désaccord [2]

D. toutes les victimes de morsure de chien doivent recevoir la vaccination antirabique

D'accord [1] en désaccord [2]

E. seulement les personnes mordues par des chiens malades devraient recevoir la vaccination antirabique

D'accord [1] en désaccord [2]

F. Laver la plaie, en l'absence de vaccination, permettra d'éviter une personne d'obtenir la rage

D'accord [1] en désaccord [2]

G. la vaccination antirabique est constitué d'un seul dose

D'accord [1] en désaccord [2]

H. événements de morsure sont examinées rapidement par :

a. MSPP:	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]
b. Agent de santé dans la commune:	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]
c. Agent d'assainissement :	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]
d. MARNDR :	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]
e. autres: _____	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]

I. Résultats des enquêtes sur des animaux sont régulièrement rapportés à moi lorsque menée par:

a. MSPP:	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]
b. Agent de santé dans la commune:	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]
c. Agent d'assainissement :	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]
d. MARNDR :	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]
e. autres: _____	d'accord [1]	pas d'accord [2]	NA [3]

J. Il est important de signaler les morsures de chiens MSPP/SNSS/DELR car il peut sauver des vies

D'accord [1] en désaccord [2]

K. j'ai contacté le ministère de l'Agriculture pour évaluer une morsure de chien
D'accord [1] en désaccord [2]

L. étiez-vous heureux de travailler avec eux (si oui ou non, pourquoi)

Oui (décrire): _____

Non

(décrire): _____

Quelles sont les trois questions les plus urgentes qui doivent être abordées pour améliorer la surveillance de la morsure en Haïti:

Quelles sont les trois questions les plus urgentes qui doivent être abordées pour améliorer la surveillance de la PPE en Haïti:

Quelles sont les trois questions les plus urgentes qui doivent être abordées pour améliorer la surveillance de la rage humaine en Haïti:

Evaluation of Dog Bite Surveillance and Rabies Vaccine Systems in Haiti – Rabies Officials

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 60 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Semi-Structured Key Stakeholder Interview Questions

To be administered to: Commune Health Department Administrators, Commune Surveillance Officers, Commune Sanitation Officers

Mark the answer that best demonstrates the interviewee's answer

I. ORGANIZATIONAL DESCRIPTION & TRAINING

A. Education: Undergraduate Degree Master's Degree Professional Degree
 Other _____

B. Position / Title: _____

C. Years in Service at Center _____

D. What are your job duties? (Use questions below to guide discussion. Note main content of discussion)

- a. What disease conditions do you oversee? _____
- b. How many bite reports do you investigate per month? _____
- c. How long does bite investigation take? _____
- d. How many rabies suspect animals do you investigate per month? _____
- e. How many suspect human rabies cases do you investigate per month? _____
- f. Do you evaluate animals for signs of disease? Yes, No
- g. Do you submit animals to a laboratory for rabies testing? Yes, No
 - i. How many per month? _____
 - ii. Which laboratory? _____

***Ask for an organizational chart**

E. Who *in your organization* is responsible for investigation of dogs involved in bite events?

a. I am responsible

If another person, may we contact them to discuss bite surveillance activities?

b. Name: _____

c. Position Title: _____

d. What are their qualifications? _____

e. What are their job duties? _____

f. What percentage of their job activities are rabies related?

F. How many dog bite reports did your commune receive from January 1, 2015 – July 1, 2015?

Number: _____

***Can we have a list of all bite reports by hospital in your commune?**

- G. Have you been vaccinated against rabies? Yes [1] No [2] Don't know [6]
- H. Have you ever assessed a dog that has bitten someone? Yes [1] No [2] Don't know [6]

- I. Have you ever assessed a dog for rabies? Yes [1] No [2] Don't know [6]
- J. Have you received training in safe dog capture? Yes [1] No [2] Don't know [6]
- K. Have you received training in dog sedation? Yes [1] No [2] Don't know [6]
- L. Have you received training to euthanize dogs? Yes [1] No [2] Don't know [6]
- M. Have you received training in rabies sample collection? Yes [1] No [2] Don't know [6]

N. What equipment do you have available to you for capture of rabies suspect dogs? (READ ALL, mark all that apply)

- | | | |
|-------------------|------------|--------------------------------|
| 1. Leather gloves | 5. Machete | 9. Face shields |
| 2. Control Pole | 6. Leashes | 10. Syringes |
| 3. Syringe Pole | 7. Muzzles | 11. Medications for sedation |
| 4. Gun | 8. Nets | 12. Medications for euthanasia |

Other supplies, please list:

- O. Are there facilities in your commune to confine a dog for up to 14 days?
 Yes [1] No [2] Don't Know [6]

II. DOG BITE SURVEILLANCE: REPORTING PRACTICES

A. What is the case definition for a reportable bite?

B. What is the case definition for a rabid animal?

C. What is the case definition for human encephalitis?

D. What is the case definition for human rabies?

E. Which of the following are reportable bites to DELR? (READ **ALL** RESPONSES, mark all answers)

- | | | |
|--------------|----------------|-------------------|
| 1. Dog bites | 4. Goat bites | 7. Mongoose bites |
| 2. Cat bites | 5. Cow bites | 8. Bat bites |
| 3. Rat bites | 6. Snake bites | |

F. From where do you receive reports of dog bites? (READ ALL RESPONSES, mark all answers)

- a. Directly from medical providers
- b. MSPP
- c. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
- d. DELR
- e. Commune sanitation Officers
- f. Commune surveillance Officers
- g. Departmental Health Officers
- h. Rabies Health Officers (MARNDR)
- i. Veterinarians
- j. The public
- k. I don't know
- l. Other, please describe: _____

G. How do you receive reports of dog bites? (READ ALL RESPONSES, mark all answers)

- a. Phone Calls
- b. A Standardized Form
- c. Email/Faxes
- d. A Web-based system
- e. Mail
- f. I don't know
- g. Other, please describe: _____

H. Is there a standardized form to report dog bites to MSPP/NSSS/DELR?

- 1. Yes
- 2. No
- 9. I don't know

**if yes, please ask for a copy of a blank reporting form*

I. If there is a bite report form, is it available in paper or electronic format? (circle all that apply)

- 1. Paper
- 2. Electronic
- 9. I don't know

J. Under what circumstances do bite reports need to be submitted? (DO NOT READ, choose the one best)

- 1. Always
- 2. Never
- 3. Only if the bite is severe
- 4. Only if I know the animal has rabies
- 5. Only when giving PEP
- 6. I don't know

7. Other

K. When a dog bite report is completed, which organizations should receive a copy of the form? (DO NOT READ, mark all that apply)

- a. Commune health department
- b. Departmental health office
- c. Ministry of Health (MSPP)
- d. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
- e. Department of Epidemiology and Laboratory Resources (DELR)

- f. Ministry of Agriculture (MARNDR)
- g. Hospitals
- h. We do not report dog bites
- i. Other: _____

- L. How soon after notification of a bite victim do you typically submit a bite report form? (DO **NOT** READ, choose the **one** best.)
- a. Immediately
 - b. By the end of my shift
 - c. By the end of the day
 - d. By the end of the week
 - e. By the end of the month
 - f. It doesn't matter when I report
 - g. I do not report
 - h. Other: _____

- M. What methods do you use to submit bite report forms? (DO **NOT** READ, mark **all** that apply)
- a. Phone calls
 - b. Mailed reports
 - c. Hand delivered reports
 - d. Faxed reports
 - e. Emailed reports
 - f. Electronic surveillance platform
 - g. Other: _____

N. Are the forms used to track the bite victim's treatment outcomes?

- 1. Yes
- 2. No
- 9. I don't know

O. Are the forms analyzed to create epidemiologic summaries of bite events?

- 1. Yes
- 2. No
- 9. I don't know

P. Does MSPP/DELR share summaries of bite reports with your health department?

- 1. Yes
- 2. No
- 9. I don't know

Q. Are there any other uses for bite reports? [OPEN ANSWER]

R. Are there any other tools or documents you use to record or track bite events?

III. BARRIERS TO REPORTING

A. Are there aspects of the bite form that are difficult to fill out? If yes, please explain.

B. Have you ever NOT reported a bite event to MSPP/DELR?

1. Yes 2. No 9. I don't know

C. What are some reasons that have caused you to NOT report a bite event to MSPP / DELR (READ **ALL** ANSWERS, circle if answer is affirmative)

1. I did not know I was required to report bite events
2. I did not have time to fill out the form
3. I did not have time to send in the report
4. This health department does not report bite events
5. I did not have any bite surveillance forms
6. I do think reporting bites is important
7. Other reason, please describe:

D. What are some reasons that have caused you to **NOT** report a bite event to the **MARNDR** Rabies Surveillance Officers (READ **ALL** ANSWERS, circle if answer is affirmative)

1. I did not know of this program
2. This program does not operate in my department
3. I did not have time to call the officer
4. I did not know how to contact the officer
5. This health department does not report bite events
6. I am not pleased with the work the surveillance officers have done in the past
7. Other reason, please describe:

IV. DOG BITE SURVEILLANCE: INVESTIGATIONS

A. Who are the **people** or **organizations** responsible for investigating dogs that have bitten people? (DO **NOT** READ, mark all that apply)

- a. Commune sanitation officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
- b. Commune surveillance officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
- c. Departmental health officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
- d. MARNDR rabies officers (if yes: always, sometimes, or rarely responsible?)
- e. No one

- f. Other (describe): _____
- g. I do not know

B. What are some of the reasons you investigate dogs involved in a bite event? (DO **NOT** READ, mark all that apply)

- a. To assess the dog for rabies virus infection
- b. To remove the aggressive dog from the community
- c. To identify other persons who may have been bitten by the same dog
- d. To determine if the persons bitten need rabies vaccine
- e. Because it is my job
- f. Dogs are not routinely investigated after a bite event
- g. Other reasons: _____

C. Do investigators look for other people who may have been bitten by the same dog?

- a. Yes
- b. No
- c. Sometimes (describe):

D. When you investigate dog bites, what do you do to the dog? (DO **NOT** READ, mark all that apply)

- a. Nothing is done to the dog
- b. The dog is assessed for signs of illness
- c. Healthy dogs are placed in observation for a certain number of days
- d. Sick dogs are killed with a machete, stone, or stick
- e. Sick dogs are sedated and euthanized with veterinary medications
- f. Submit rabies suspect dogs to MARNDR for rabies testing
- g. I don't know
- h. Other: _____

E. When you identify **a rabid dog**, who do you report it to? (DO **NOT** READ, mark all that apply)

- a. commune health department
- b. departmental health office
- c. MSSP
- d. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
- e. DELR
- f. Departmental agriculture office
- g. MARNDR
- h. I don't know
- i. We do not report rabid animals to anyone

F. When you identify **a person with rabies**, who do you report it to? (DO **NOT** READ, mark all that apply)

- a. Commune health department

- b. Departmental health office
- c. MSSP
- d. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
- e. DELR
- f. Departmental agriculture office
- g. MARNDR
- h. I don't know
- i. We do not report rabid animals to anyone

V. POST EXPOSURE PROPHYLAXIS

A. Where does your institution get rabies vaccine from? (READ ALL, mark all that apply)

- 1. MSPP
- 2. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
- 3. DELR
- 4. PROMESS
- 5. Departmental Health Office
- 6. Commune Health Department
- 7. Non-Government Organizations (ie MSF)
- 8. Private Pharmacies
- 9. I do not know
- 10. We do not carry rabies vaccine
- 11. Other: _____

B. How much does rabies vaccine cost bite victims? (READ ALL, mark all that apply)

- a. It is free to all dog bite victims
- b. Sliding scale, based on how much the bite victim can afford
- c. Specify cost for one dose of vaccine: \$_____
- d. I do not know

C. Does your institution currently have rabies vaccine available for bite victims?

- 1. Yes
- 2. No
- 9. I don't know
- Other _____

D. In the last six months, has your institution experienced a shortage of rabies vaccine?

- 1. Yes (describe circumstance): _____
- 2. No
- 3. Don't know

E. Is there a standardized form to report rabies vaccine use to MSPP/DELR?

- 1. Yes
 - 2. No
 - 3. I don't know
- *if yes, please request a blank copy of the form**

F. If there is a **rabies vaccine form**, is it available in paper or electronic format? (circle all that apply)
1. Paper 2. Electronic 9. I don't know

G. When do you need to fill out a **rabies vaccine form**? (DO **NOT** READ, choose the **one** best)
1. After every dose administered 2. After the course is completed 3. Never

Other

H. How soon after giving a **rabies vaccine** do you need to submit a rabies vaccine form? (DO **NOT** READ, choose the **one** best)

- a. Immediately
- b. Report by the end of my shift
- c. Report by the end of the day
- d. Report by the end of the week
- e. Report by the end of the month
- f. It doesn't matter when I report
- g. Report after the person completes the course of vaccination
- h. I do not report
- i. I don't know

I. To whom do you submit rabies vaccine forms? (DO **NOT** READ, mark **all** that apply)

- a. Commune health department
- b. Departmental health office
- c. Ministry of Health (MSPP)
- d. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
- e. DELR
- f. Hospitals
- g. We do not report dog bites
- h. Other: _____

J. By which methods do you submit rabies vaccine forms to the department or DELR? (DO **NOT** READ, mark **all** that apply)

- a. Hand deliver
- b. Phone Calls
- c. Email/Faxes
- d. A Web-based system
- e. Mail
- f. I don't know

Other, please describe:

- K. Are the forms used to track the bite victim's vaccination schedule?
1. Yes 2. No 9. I don't know
- A. Are the forms required to be submitted to DELR to receive more vaccine?
1. Yes 2. No 9. I don't know
- B. Does MSPP/DELR share summaries of rabies vaccine forms with your health department?
1. Yes 2. No 9. I don't know
- C. Are there any other uses for rabies vaccine forms? [OPEN ANSWER]
- D. Are there any other tools or documents you use to record or track rabies vaccine usage?
- K. Where does your institution get rabies immune globulin from? (READ ALL, mark all that apply)
- a. MSPP
 - b. DPSPE – Zoonotic Disease Unit
 - c. DELR
 - d. PROMESS
 - e. Departmental health office
 - f. Commune Health Department
 - g. Non-Government Organizations (ie MSF)
 - h. Private Pharmacies
 - i. I do not know
 - j. We do not carry rabies immune globulin
 - k. Other: _____
- L. What type of rabies immune globulin do you use?
- a. Human RIG
 - b. Equine RIG
 - c. Other: _____
- M. How much does rabies immune globulin cost bite victims? (READ ALL, mark all that apply)
- a. It is free to all dog bite victims
 - b. Sliding scale, based on how much the bite victim can afford
 - c. Specify Cost per Vial: \$ _____
 - d. I do not know
- N. Does your institution currently have rabies immune globulin available for bite victims?
1. Yes 2. No 9. I don't know

- O. In the last six months, has your institution experienced a shortage of rabies immune globulin?
1. Yes (describe circumstance): _____
 2. No
 3. Don't know

- P. When you give a rabies immune globulin do you need to report this to anyone?
1. Yes
 2. No
 3. Don't know
- If Yes, who do you report rabies immune globulin usage to?
- _____

Q. PEP PROTOCOLS

1. When should the bite wound be washed with disinfectants (ie soap) and water?
 - a. Always
 - b. Sometimes
 - c. Never
 - d. Don't know
 - e. Other: _____

2. When should Rabies Immune Globulin be administered to bite victims? (DO **NOT** READ, circle ONE best answer)
 - a. Always
 - b. Sometimes
 - c. Never
 - d. Don't know
 - e. Other: _____

3. When should Rabies Vaccine be administered to bite victims? (DO **NOT** READ, circle ONE best answer)
 - a. Always
 - b. Sometimes
 - c. Never
 - d. Don't know
 - e. Other: _____

4. Which rabies vaccine schedules are used (list days administered)? (DO **NOT** READ, circle all that apply)
 - a. 0, 3, 7, 14, 28
 - b. 0, 3, 7, 14
 - c. 2-1-1 (2x0, 7, 21)
 - d. Don't know
 - e. Other _____

5. Which routes of rabies vaccine administration are used? (DO **NOT** READ, circle all that apply)
- Intramuscular
 - Intradermal
 - Subcutaneous
 - Don't know
 - Other _____

- R. Who is responsible to ensure that the bite victim completes the full course of rabies vaccination? (DO **NOT** READ, mark all that apply)
- The bite victim or the victim's family
 - The Hospital
 - The commune health department
 - The departmental health office
 - MSPP
 - DPSPE – Zoonotic Disease Unit
 - DELR
 - No one is responsible
 - I don't know
 - Other: _____

VI.

Rabies Knowledge and Surveillance Attitudes

- A. Which of the following animals can get rabies? (READ ALL, mark all that apply)
- | | | |
|-----------|---------|--------|
| 1. Cows | Yes [1] | No [2] |
| 2. Goats | Yes [1] | No [2] |
| 3. Pigs | Yes [1] | No [2] |
| 4. Snakes | Yes [1] | No [2] |
| 5. Dogs | Yes [1] | No [2] |
| 6. Cats | Yes [1] | No [2] |
| 7. Birds | Yes [1] | No [2] |
| 8. Fish | Yes [1] | No [2] |
- B. What are the signs that a dog might have rabies? (Circle all that the interviewee states)
- | | | |
|--------------|----------------------------|---------------------------|
| Lethargy [1] | Lack of muscle control [5] | Difficulty Breathing [9] |
| Fever [2] | Weakness [6] | Excessive Salivation [10] |
| Vomiting [3] | Paralysis [7] | Abnormal Behavior [11] |
| Anorexia [4] | Seizures [8] | Aggression [12] |
- C. Have you ever seen a rabid dog?
- | | | |
|---------|--------|-------------|
| Yes [1] | No [2] | Unknown [3] |
|---------|--------|-------------|

D. Have you ever seen a person with encephalitis?

Yes [1] No [2] Unknown [3]

E. How many cases of encephalitis were reported to your commune in 2014?

Number: _____

F. Have you ever seen a person with rabies?

Yes [1] No [2] Unknown [3]

G. How many rabies victims were reported to your commune in 2014?

Number: _____

Do you agree or disagree with these statements:

A. Rabies is a significant problem in dogs in Haiti

Agree [1] Disagree [2]

B. Rabies is a significant problem in people in Haiti

Agree [1] Disagree [2]

C. Rabies is easily diagnosed in a person based on clinical signs

Agree [1] Disagree [2]

D. All dog bite victims should receive rabies vaccination

Agree [1] Disagree [2]

E. Only persons bitten by sick dogs should receive rabies vaccination

Agree [1] Disagree [2]

F. Washing the wound, in the absence of vaccination, will prevent a person from getting rabies

Agree [1] Disagree [2]

G. Rabies vaccination consists of only one shot

Agree [1] Disagree [2]

- H. Dog bites are quickly investigated by:
- | | | | |
|------------------------------|---------|--------|--------|
| a. MSPP: | Yes [1] | No [2] | NA [3] |
| b. Department health officer | Yes [1] | No [2] | NA [3] |
| c. Commune Health Officer: | Yes [1] | No [2] | NA [3] |
| d. Sanitation Officer: | Yes [1] | No [2] | NA [3] |
| e. MARNDR: | Yes [1] | No [2] | NA [3] |
| f. Other: _____ | Yes [1] | No [2] | NA [3] |
- I. It is important to report dog bites to MSPP/NSSS/DELR because it can save lives
 Agree [1] Disagree [2]
- J. I have contacted the Ministry of Agriculture to evaluate a rabies suspect dog
 Agree [1] Disagree [2]
- K. Were you happy working with them (if yes or no, why)
 Yes (describe): _____
 No (describe): _____

Please provide us with any other suggestions you have for improving bite surveillance in Haiti:

Please provide us with any other suggestions you have for improving PEP surveillance in Haiti:

Please provide us with any other suggestions you have for improving human rabies surveillance in Haiti

**Surveillance pour morsure de chien et de systèmes de vaccin contre la rage en Haïti –
Officer**

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 60 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Questions d'entretiens semi-structurés des principales parties prenantes:
(Administrateurs du Département de santé de la commune, Officier de Surveillance de la Commune,
Officiers sanitaires de la Commune)

Cocher la réponse illustrant la meilleure réponse obtenue de l'interviewé(e)

I. DESCRIPTION D'ORGANISATION ET FORMATION

A. Education: Diplôme de premier cycle Maîtrise Diplôme professionnel
 Autre _____

B. Position / titre: _____

C. Années de Service au centre _____

D. Quelles sont vos fonctions ? (*Questions sur l'usage ci-dessous pour guider la discussion. Notez le contenu principal de la discussion*)

D1. Quelles conditions de maladie vous surveillez? _____

D2. Combien de morsure rapports vous enquêter par mois? _____

D3. Combien de temps dure l'enquête de morsure prise? _____

D4. Combien animaux suspects de rage vous examiner par mois? _____

D5. Combien de cas suspects de rage humaine vous faire examiner par mois? _____

D6. Évaluez-vous animaux des signes de la maladie ? Oui, non

D7. Soumettez-vous les animaux à un laboratoire pour les tests de la rage?? Oui, non

I. Combien par mois? _____

II. Quel laboratoire? _____

*** Demander un organigramme**

E. qui *dans votre organisation* est responsable de l'enquête des chiens impliqués dans les événements de la morsure ?

a. je suis responsable

Si une autre personne, pouvons-nous communiquer avec eux pour discuter des activités de surveillance de morsure ?

b. Name: _____

c. titre du poste: _____

d. quelles sont leurs qualifications? _____

e. quelles sont leurs fonctions? _____

f. quel est le pourcentage de leurs activités de travail est lié à la rage?

F. combien rapports de morsure de chien votre commune a reçu depuis le 1er janvier 2015 – 1er juillet 2015 ?

Numéro: _____

*** Peut-on avoir une liste de tous les rapports de morsure par hôpital dans votre commune ?**

G. Avez-vous été vacciné contre la rage?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

H. Avez-vous déjà évalué un chien qui a mordu quelqu'un?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

I. Avez-vous déjà évalué un chien pour voir si l'animal est enragé?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

J. Avez-vous reçu une formation dans la capture de chien en toute sécurité?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

K. Avez-vous reçu une formation en sédation de chien ?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

L. avez-vous reçu une formation pour euthanasier les chiens?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

M. Avez-vous reçu une formation sur la collecte d'échantillons pour les tests de la rage?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

N. quel équipement vous avez à votre disposition pour la capture des chiens suspects de rage ? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. gants en cuir

5. machette

9. écrans faciaux

2. pôle de contrôle

6. laisses

10. seringues

3. seringue Pole

7. muselières

11. médicaments de sédation

4. pistolet

8. filets

12. médicaments pour l'euthanasie

13. Autres, veuillez décrire:

O. y at-il des installations dans votre commune de confiner un chien jusqu'à 14 jours ?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

II. SURVEILLANCE de morsure de chien : pratiques de déclaration

A. quelle est la définition de cas pour une morsure à déclarer ?

B. quelle est la définition de cas pour un animal enragé ?

C. quelle est la définition de cas d'encéphalite humaine ?

D. quelle est la définition de cas de rage humaine ?

E. Lequel des éléments suivants sont des morsures qui doivent être signalé à DELR?? (Lu **toutes les** réponses, marquer toutes les réponses)

- | | | |
|----------------------|------------------------|------------------------------|
| 1. morsures de chien | 4. morsures de chèvre | 7. piqûres de mangouste |
| 2. morsures de chat | 5. morsures de vache | 8. morsures de chauve-souris |
| 3. morsures de rat | 6. morsures de serpent | |

F. d'où recevez-vous des rapports des morsures de chien ? (Lu **toutes les** réponses, marquer toutes les réponses)

- a. directement à partir de prestataires médicaux
- b. de MSPP
- c. de DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- d. de DELR
- e. Les agents d'assainissement commune
- f. Les agents de surveillance commune
- g. agent de santé du département
- h. agent de contrôle de la rage (MARNDR)
- i. de vétérinaires
- j. du public
- k. je ne sais pas
- l. autres, veuillez décrire: _____

G. Comment recevez-vous des rapports des morsures de chien ? (Lu **toutes les** réponses, marquer toutes les réponses)

- a. appels téléphoniques
- b. un formulaire normalisé
- c. Email/fax
- d. système basé sur le Web
- e. Mail
- f. je ne sais pas
- g. autres, veuillez décrire: _____

H. Y at-il une forme normalisée pour signaler les morsures de chien à MSPP / NSSS / DELR?

Non [1] oui [2] je ne sait pas [6]

** Si oui, veuillez demander une copie d'un formulaire de déclaration vierge*

I. s'il y a un formulaire de rapport de morsure, il est disponible en format papier ou électronique ? (cercle **tous** qui s'appliquent)

1. papier 2. électronique 9. Je ne sais pas

J. Dans quelles circonstances ne mordent les rapports doivent être soumis?? (Ne **pas** lire, choisir **l'un** de meilleurs)

1. toujours
2. jamais
3. Que si la morsure est sévère
4. que si je sais que l'animal est enragé
5. Seulement quand ce qui donne du PPE
6. Je ne sais pas
7. Autre _____

K. une fois terminé un rapport de morsure de chien, quels organismes devraient recevoir une copie du formulaire ? (Ne **pas** lire, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

- a. Le département de santé de la commune
- b. Bureau du ministère de la santé
- c. bureau de la santé dans le département
- d. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- e. Direction d'Épidémiologie de Laboratoire et de la Recherche (DELR)
- f. Ministère de l'Agriculture (MARNDR)
- g. hôpitaux
- h. Nous ne rapportons pas les morsures de chien
- i. Autre: _____

L. combien de temps après notification d'une victime de morsure généralement soumet-on un formulaire de rapport de morsure ? (Ne **pas** lire, choisir **l'un** mieux.)

- a. immédiatement
- b. à la fin de mon quart de travail
- c. à la fin de la journée
- d. à la fin de la semaine
- e. à la fin du mois
- f. il n'a pas d'importance lorsque je signale
- g. je ne signale pas
- h. Autre: _____

M. quelles méthodes utilisez-vous pour soumettre des formulaires de déclaration de morsure ? (Ne **pas** lire, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

- a. appels téléphoniques
- b. rapports envoyés par la poste
- c. main livré des rapports
- d. rapports télécopiés
- e. rapports envoyés via un e-mail
- f. plate-forme de surveillance électronique
- g. Autre: _____

N. sont les formes utilisées pour suivre les résultats du traitement de la victime de la morsure ?

Non [1] oui [2] je ne sais pas [6]

O. sont les formes analysées afin de créer des synthèses épidémiologiques des événements de morsure?

Non [1] oui [2] je ne sais pas [6]

P. Avez MSPP et DELR part résumés des rapports de morsures avec votre service de santé?
Non [1] oui [2] je ne sais pas [6]

Q. y at-il toute autre utilisation pour les rapports de la morsure ? [RÉPONSE OUVERTE]

R. Y at-il d'autres outils ou documents que vous utilisez pour enregistrer ou suivre les événements de morsure??

III. Obstacles à la déclaration

A. y at-il des aspects de la forme de morsure qui sont difficiles à remplir ? Dans l'affirmative, veuillez expliquer.

B. Avez-vous eu situation où vous n'a pas signalé un événement de morsure d'animal à MSPP / DELR?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

C. Quelles sont les raisons qui ont causé vous **de ne pas déclarer** un événement de morsure pour MSPP / DELR (lire **toutes les** réponses, cercle si la réponse est affirmative)

1. je ne savais pas j'ai été tenu de déclarer les événements morsure
2. je n'ai pas le temps de remplir le formulaire
3. je n'ai pas le temps d'envoyer le rapport
4. Ce département de la santé ne relève pas des événements de morsure
5. je n'ai pas toute forme de surveillance de morsure
6. Je ne pense pas que les rapports piqûres est important
7. Autre:

D. Quelles sont les raisons qui ont causé vous **de ne pas déclarer** un événement de morsure pour les agents de surveillance de la rage de **MARNDR** (lire **toutes les** réponses, cercle si la réponse est affirmative)

1. je ne connaissais pas ce programme
2. ce programme ne fonctionne pas dans mon département
3. je n'ai pas le temps d'appeler l'agent
4. je ne savais pas comment communiquer avec l'agent
5. Ce département de la santé ne relève pas des événements de morsure
6. Je ne suis pas heureux avec le travail des agents de surveillance ont fait dans le passé
7. Autre raison, s'il vous plaît décrire:

IV. SURVEILLANCE de morsure de chien : enquêtes

A. qui sont les **personnes** ou les **organismes** chargé d'enquêter sur des chiens qui ont mordu les gens ? (Ne **pas** lire, marquer toutes les réponses applicables)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| a. Agents d'assainissement commune | (si oui : toujours, parfois, rarement responsable?) |
| b. Les agents de surveillance commune | (si oui : toujours, parfois, rarement responsable?) |
| c. les agents de santé du département | (si oui : toujours, parfois, rarement responsable?) |
| d. officiers de la rage MARNDR | (si oui : toujours, parfois, rarement responsable?) |
| e. aucun personne | |
| f. Autre (précisez): | _____ |
| g. je ne sais pas | |

B. Quelles sont les raisons de signaler chiens impliqués dans un événement de morsure? (Ne **pas** lire, marquer toutes les réponses applicables)

- a. d'évaluer le chien pour l'infection de virus de la rage
- b. pour enlever le chien agressif de la communauté
- c. pour identifier d'autres personnes qui peuvent avoir été mordus par le chien même
- d. pour déterminer si les personnes mordues ont besoin de vaccin contre la rage
- e. parce que c'est mon travail
- f. chiens ne sont pas systématiquement signalés après un événement de morsure
- g. autres, veuillez décrire:

C. Ne enquêteurs recherchent d'autres personnes qui pourraient avoir été mordu par le même chien?

- a. Oui
- b. non
- c. Parfois

(décrire): _____

- D. Lorsque vous examinez les morsures de chien, qu'est-ce que vous faites avec le chien? (Ne **pas** lire, marquer toutes les réponses applicables)
- a. rien n'est fait pour le chien
 - b. le chien est évalué pour les signes de la maladie
 - c. chiens sains sont placés en observation pendant un certain nombre de jours
 - d. chiens malades sont tués avec une machette, une pierre ou bâton
 - e. malade chiens sont sous sédation et euthanasiés avec des médicaments vétérinaires
 - f. soumettre les chiens suspects de rage à MARNDR pour le test de la rage
 - g. je ne sais pas
 - h. autres: _____

- E. lorsque vous identifiez **un chien enragé**, qui devez-vous déclarer à ? (Ne **pas** lire, marquer toutes les réponses applicables)
- a. Le département de santé de la commune
 - b. bureau de la santé dans le département
 - c. MSSP
 - d. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
 - d. Bureau du ministère de l'agriculture
 - e. DELR
 - f. bureau de l'agriculture départementale
 - g. MARNDR
 - h. je ne sais pas
 - i. nous ne relèvent pas des animaux enragés n'importe qui

- F. lorsque vous avez identifié **une personne avec la rage**, qui devez-vous déclarer à ? (Ne **pas** lire, marquer toutes les réponses applicables)
- a. Le département de santé de la commune
 - b. bureau de la santé dans le département
 - c. MSSP
 - d. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
 - d. Bureau du ministère de l'agriculture
 - e. DELR
 - f. bureau de l'agriculture départementale
 - g. MARNDR
 - h. je ne sais pas
 - i. nous ne relèvent pas des animaux enragés n'importe qui

V. Prophylaxie post-exposition

- A. D'où vient votre institution obtenir le vaccin antirabique à partir? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)
- 1. MSPP
 - 2. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
 - 3. DELR
 - 4. PROMESS
 - 5. Centre de santé du département
 - 6. Centre de santé de la commune
 - 7. Organisations non gouvernementales (c'est à dire MSF)

8. les Pharmacies privées
9. je ne sais pas
10. nous ne portent pas de vaccin contre la rage
11. Autre : _____

B. Combien coûte le **vaccin antirabique** vos patients? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. c'est gratuit pour toutes les victimes de morsure de chien
2. échelle mobile, basé sur combien la victime de la morsure peut se permettre
3. indiquer le coût d'une dose de vaccin: _____ Gourdes ou US \$ _____
4. je ne sais pas

C. votre institution possède actuellement **le vaccin antirabique** disponible pour les victimes de morsure ?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

Autre _____

D. au cours des six derniers mois, votre institution connaît une pénurie de **vaccin contre la rage** ?

1. Oui (décrire les circonstances): _____
2. non
3. ne sais pas

E. y at-il un formulaire normalisé à usage de **vaccin antirabique** rapport au MSPP/DELR ?

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

* **Si oui, s'il vous plaît demander un exemplaire du formulaire**

F. s'il y a une **forme de vaccin contre la rage**, il est disponible en format papier ou électronique ? (encercler toutes les réponses applicables)

1. papier 2. électronique 9. Je ne sais pas

G. quand avez-vous besoin de remplir un **formulaire de vaccin contre la rage**? (Ne **pas** lire, choisir **l'un** de meilleurs)

1. après chaque dose administrée 2. Une fois le cours terminé 3. Jamais
Autre _____

H. Combien de temps après donné un vaccin antirabique avez-vous besoin de soumettre un formulaire de vaccin contre la rage? (Ne **pas** lire, choisir **l'un** de meilleurs)

1. immédiatement
2. rapport à la fin de mon quart de travail
3. rapport à la fin de la journée
4. rapport à la fin de la semaine
5. rapport à la fin du mois
6. Il n'a pas d'importance lorsque je signale
7. Rapport après que la personne complète le cours de la vaccination
8. je ne signale pas
9. je ne sais pas

I. A qui avez-vous soumettez formes de vaccins antirabiques? (Ne **pas** lire, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

1. Département de la santé commune
2. bureau de la santé dans le département
3. Ministère de la Santé (MSPP)
4. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
5. DELR
6. Hôpitaux
7. Nous ne rapportons pas les morsures de chien
8. Autre: _____

J. par quelles méthodes soumet-on des formes de vaccin contre la rage au ministère ou DELR ? (Ne **pas** lire, marquer **toutes les** qui s'appliquent)

- a. livrer main
 - b. appels téléphoniques
 - c. Email/fax
 - d. système basé sur le Web
 - e. Mail
 - f. je ne sais pas
- Autres, veuillez décrire: _____

K. sont les formes utilisées pour suivre le calendrier de vaccination de la victime de la morsure ?
Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

L. sont les formes doivent être présentés à DELR pour recevoir plus de vaccin ?
Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

M. Est-ce que la DELR et le MSPP auraient partagé des formes de vaccin antirabique avec votre service de santé?
Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

N. Y at-il d'autres utilisations pour les formes de vaccin antirabique? [RÉPONSE OUVERTE]

O. y at-il d'autres outils ou documents vous permet d'enregistrer ou de contrôler l'utilisation de vaccin contre la rage ?

K. D'où vient votre institution obtenir de **immunoglobuline antirabique**? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. MSPP
2. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
3. DELR
4. PROMESS
5. Bureau de la santé dans le département
6. Département de la santé commune
7. Organisations non gouvernementales (c'est à dire MSF)
8. les Pharmacies privées
9. je ne sais pas
10. Nous ne portons pas l'immunoglobuline antirabique
11. Autre: _____

L. quel type d'immunoglobuline antirabique utilisez-vous ?

- a. IGR humaine
- b. IGR équine
- c. Autre: _____

M. Combien **immunoglobuline antirabique** coûte la victime mordue? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

1. C'est gratuit pour toutes les victimes de morsure de chien
2. échelle mobile, basé sur combien la victime de la morsure peut se permettre
3. indiquer le coût par flacon: _____ Gourdes ou US \$ _____
4. je ne sais pas

N. ce que votre institution possède actuellement **immunoglobuline antirabique** disponibles pour les victimes de morsure ??

Non [1] oui [2] ne sait pas [6]

O. Au cours des six derniers mois, a votre institution a connu une pénurie de **l'immunoglobuline antirabique**?

1. Oui (décrire les circonstances): _____
2. non
3. Je ne sais pas

P. lorsque vous donnez une **immunoglobuline rabique** avez-vous besoin de le signaler à quelqu'un ?

Non [1] oui [2] je ne sais pas [6]

Dans l'affirmative, à qui avez-vous déclarez la rage utilisation de l'immunoglobuline?

Q. PPE protocoles

1. Quand la morsure doit être lavé avec des désinfectants (à-savon et de l'eau)?
 - a. toujours
 - b. parfois (décrire) _____
 - c. jamais
 - d. je ne sais pas
 - e. Autre: _____

2. Quand **Immunoglobuline antirabique** doit être administré à mordre les victimes ? (Ne **pas** lire, une meilleure réponse de cercle)
 - a. toujours
 - b. parfois
 - c. jamais
 - d. je ne sais pas
 - e. Autre: _____

3. Quand **Le vaccin antirabique** doit être administré à mordre les victimes ? (Ne **pas** lire, une meilleure réponse de cercle)
 - a. toujours
 - b. parfois
 - c. jamais
 - d. ne sais pas
 - e. Autre: _____

4. Quelles calendriers de vaccination **contre la rage** sont utilisés (Liste jours administrés) ? (Ne **pas** lire, encercler toutes les réponses applicables)
 - a. 0, 3, 7, 14, 28
 - b. 0, 3, 7, 14
 - c. 2-1-1 (2 x 0, 7, 21)
 - d. je ne sais pas
 - e. Autre : _____

5. Quels voies de l'administration du **vaccin antirabique** sont utilisés ? (Ne **pas** lire, encercler toutes les réponses applicables)
 - a. intramusculaire
 - b. intradermique
 - c. sous-cutanée
 - d. je ne sais pas
 - e. Autre : _____

R. Qui est responsable de s'assurer que la victime de la morsure termine le cycle complet de **vaccination contre la rage**? (NE PAS LIRE, marquer toutes les réponses applicables)

- a. la victime de la morsure ou de la famille de la victime
- b. l'hôpital
- c. Le département de santé de la commune
- d. bureau de la santé dans le département
- e. MSPP
- f. DPSPE – Unité des maladies zoonotiques
- g. DELR
- h. personne n'est responsable
- i. je ne sais pas
- j. Autre: _____

VI. Connaissance de la rage et attitudes surveillance

A. qui des animaux suivants peuvent obtenir la rage ? (Lire tout, marquer toutes les réponses applicables)

- | | | |
|-------------|---------|---------|
| 1. vaches | Oui [1] | non [2] |
| 2. chèvres | Oui [1] | non [2] |
| 3. porcs | Oui [1] | non [2] |
| 4. serpents | Oui [1] | non [2] |
| 5. chiens | Oui [1] | non [2] |
| 6. chats | Oui [1] | non [2] |
| 7. oiseaux | Oui [1] | non [2] |
| 8. poissons | Oui [1] | non [2] |

B. quels sont les signes qu'un chien pourrait avoir la rage ? (Encerclez toutes que la personne interrogée dit)

- Léthargie [1]
- la fièvre [2]
- vomissement [3]
- anorexie [4]
- manque de muscle contrôle [5]
- faiblesse [6]
- paralyse [7]
- saisies [8]
- difficultés respiratoires [9]
- salivation excessive [10]
- un comportement anormal [11]
- agression [12]

- C. avez-vous déjà vu un chien enragé ?
 Oui [1] non [2] inconnu [3]
- D. Avez-vous déjà vu une personne avec une encéphalite?
 Oui [1] Non [2] inconnu [3]
- E. Combien de cas d'encéphalite ont été diagnostiqués dans votre hôpital en 2014?
 Numéro: _____
- F. avez-vous déjà vu une personne avec la rage ?
 Oui [1] Non [2] inconnu [3]
- G. combien de victimes de la rage ont été signalés à votre commune en 2014 ?
 Numéro: _____

Êtes-vous d'accord ou en désaccord avec ces énoncés :

- A. la rage est un problème important chez les **chiens** en Haïti
 D'accord [1] en désaccord [2]
- B. la rage est un problème important chez les **personnes** en Haïti
 D'accord [1] en désaccord [2]
- C. la rage est facilement diagnostiquée chez une **personne** basée sur des signes cliniques
 D'accord [1] en désaccord [2]
- D. toutes les victimes de morsure de chien doivent recevoir la vaccination antirabique
 D'accord [1] en désaccord [2]
- E. seulement les personnes mordues par des chiens malades devraient recevoir la vaccination antirabique
 D'accord [1] en désaccord [2]
- F. Laver la plaie, en l'absence de vaccination, permettra d'éviter une personne d'obtenir la rage
 D'accord [1] en désaccord [2]
- G. la vaccination antirabique est constitué d'un seul dose
 D'accord [1] en désaccord [2]

H. morsures de chien sont examinées rapidement par :

- | | | |
|--|---------|---------|
| a. MSPP : | Oui [1] | Non [2] |
| NA [3] | | |
| b. Agent de santé dans le département: | Oui [1] | Non [2] |
| NA [3] | | |
| c. Agent de santé dans la commune: | Oui [1] | Non [2] |
| NA [3] | | |
| d. agent d'assainissement : | Oui [1] | Non [2] |
| NA [3] | | |
| e. MARNDR : | Oui [1] | Non [2] |
| NA [3] | | |
| f. autres: _____ : | Oui [1] | Non [2] |
| NA [3] | | |

I. Il est important de signaler les morsures de chiens à MSPP / DELR car il peut sauver des vies

D'accord [1] en désaccord [2]

J. j'ai contacté le ministère de l'Agriculture pour évaluer un chien suspect de rage

D'accord [1] en désaccord [2]

K. étiez-vous heureux de travailler avec eux (si oui ou non, pourquoi)

Oui (décrire): _____

Non

(décrire): _____

S'il vous plaît nous fournir d'autres suggestions que vous avez pour améliorer la surveillance de la morsure en Haïti :

S'il vous plaît nous fournir d'autres suggestions que vous avez pour améliorer la surveillance de la PPE en Haïti :

S'il vous plaît nous fournir d'autres suggestions que vous avez pour améliorer la surveillance de la rage humaine en Haïti

Form Approved
OMB No. 0920-1011
Exp Date 3/31/17

Community Assessment (English)

Name of Interviewer (if applicable): _____

Interviewer email: _____

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Interviewer phone: _____

Date of interview: _____

HD initiating this questionnaire

Dept of Health

Other _____

Intro Script:

Hello. My name is _____ from the [Puerto Rico Department of Health/CDC] regarding your possible exposure to an individual with rabies. As a precaution, the health department is conducting a survey of all individuals who may have had contact with [patient name] to best determine whether you, or any other person, may require post-exposure treatment. You may have already received notification about this situation, and we were hoping we could ask you a few questions to help determine your individual risk. Your information will not be shared except with those individuals in the investigation team so that you may be provided with follow up care as necessary. Do we have your permission to proceed?

Name: _____

Address: _____

Home Phone: _____

Work Phone: _____

Municipality: _____

Occupation: _____

Employer: _____

DOB: _____

Sex: M F

Age: _____ yrs

If a minor, name of parent or guardian: _____

If different than above:

Address: _____

Home Phone: _____

Work Phone: _____

Relationship to patient: (check all that apply)

Friend Housemate

Coworker Relative

Other, please describe: _____

1. Did you had any type of contact with the patient since 11/9/15?

Yes No

If no, thank you for participating in the survey. No additional follow up is needed.

2. What dates since 11/9/15 did you have contact with the patient?

3. Did you ever share food or drinks with the patient in such a way that fresh saliva from this patient may have come into contact with your mouth since 11/9/15? (e.g., sharing a drink where both of you were drinking out of the same bottle/glass/can at the same time, sharing the same utensil while eating at the same time or sharing a sandwich that the patient was also eating such that your mouth may have been exposed to fresh saliva from the patient)

Yes No Unsure

4. Did you share a cigarette with the patient since 11/9/15?

Yes No Unsure

5. Since 11/9/15, did you share a toothbrush, floss, or other oral hygiene product with the patient?

Yes No Unsure

6. Did you kiss the patient on the mouth since 11/9/15?

Yes No Unsure

7. Did you have direct, barehanded contact with this patient's saliva since 11/9/15?

Yes No Unsure

If no, go to question #9

8. When you had direct, barehanded contact with the patient's saliva, did the saliva have contact with any skin that was not intact? (e.g., a fresh, open wound or cut that was not scabbed over)

Yes No Unsure

9. Did you ever have direct, barehanded contact with the patient's tears?

Yes No Unsure

If no, go to question #11

10. When you had direct, barehanded contact with the patient's tears, did this fluid have contact with any skin that was not intact? (e.g., a fresh, open wound or cut that was not scabbed over)

Yes No Unsure

11. Were you bitten by this patient at any time since 11/9/15?

Yes No Unsure

If no, go to question #13

12. Did the bite break the skin?

Yes No

13. Have you ever been immunized against rabies (before or after a potential exposure)?

No Yes (specify date/circumstance) _____

Which vaccine? _____

Recent titer drawn? Date _____ Results? _____

To the interviewer: Please email to [] or FAX to [].

To the interviewee: A Puerto Rico public health representative will be in touch with you within a few days to discuss whether or not you need rabies postexposure prophylaxis. In the meantime, if you have any questions, please call _____

_____.

Formulario aprobado
OMB no. 0920-1011
EXP fecha 31/03/17

Community Assessment (Spanish)

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Nombre del entrevistador (si corresponde): ____
Correo electrónico del entrevistador: ____
Teléfono del entrevistador: ____
Fecha de entrevista: ____
Iniciando este cuestionario HD
 Dept de salud
 Other _____

Escritura de la introducción:

Hola. Mi nombre es ____ de la [Puerto Rico Departamento de salud/CDC] con respecto a su posible exposición a una persona con rabia. Como medida de precaución, el Departamento de salud está llevando a cabo un estudio de todas las personas que pueden haber tenido contacto con [nombre del paciente] para determinar mejor si usted, o cualquier otra persona, puede requerir tratamiento de post-exposición. Puede ya haber recibido notificación sobre esta situación y esperábamos que podríamos preguntarle unas preguntas para ayudar a determinar su riesgo individual. Su información no se compartirá excepto con las personas en el equipo de investigación que podrán ser provistos seguimiento de cuidado según sea necesario. ¿Tenemos su permiso para continuar?

Nombre: _____

Dirección: _____

casa Teléfono: _____

Teléfono del trabajo: _____

Municipio: _____

Ocupación: _____

empresario _____

Fecha de nacimiento: ____ sexo: M F

Edad: ____yrs

Si un menor de edad, el nombre del padre o tutor: _____

Si es diferente que arriba:

Dirección: _____

casa Teléfono: _____

Teléfono del trabajo: _____

Relación con el paciente: (marque todos que aplican)

Compañero amigo

Compañero de trabajo relativa

Otras, describa: ____

¿1. tenía ningún tipo de contacto con el paciente desde el 09/11/15?

Sí No

Si no, gracias por participar en la encuesta. No hay seguimiento adicional es necesario.

2. ¿en qué fechas desde el 09/11/15 ¿tuviste contacto con el paciente?

3. ¿hiciste alguna vez compartir alimentos o bebidas con el paciente de tal manera que saliva fresca de este paciente pudo haber venido en contacto con su boca desde el 09/11/15? (por ejemplo, compartir una copa en tanto de bebían de la misma botella/vidrio/puede al mismo tiempo, compartiendo el mismo utensilio mientras comer al mismo tiempo o compartir un sándwich que el paciente también estaba comiendo tal que la boca puede haber estado expuesta a la saliva fresca del paciente)

Sí No inseguro

¿4. compartir un cigarrillo con el paciente desde el 09/11/15?

Sí No inseguro

5. desde el 09/11/15, ¿compartir un cepillo de dientes, hilo dental u otro producto de higiene oral con el paciente?

Sí No inseguro

6. ¿beso desde 09/11/15 el paciente en la boca?

Sí No inseguro

7. ¿tuviste contacto con directo con la saliva de este paciente desde el 09/11/15?

Sí No inseguro

Si no, vaya a la pregunta #9

8. cuando usted tuvo contacto con directo con la saliva del paciente, ¿la saliva tiene contacto con cualquier piel que no estaba intacta? (por ejemplo, un estilo fresco, abrir la herida o corte no fue definitiva sobre)

Sí No inseguro

9. ¿alguna vez tuvo contacto con directo con lágrimas del paciente?

Sí No inseguro

Si no, vaya a la pregunta #11

¿10. cuando usted tuvo contacto con directo con lágrimas del paciente, este líquido tenía contacto con cualquier piel que no estaba intacta? (por ejemplo, un estilo fresco, abrir la herida o corte no fue definitiva sobre)

Sí No inseguro

11. ¿fuiste mordido por este paciente en cualquier momento desde el 09/11/15?

Sí No inseguro

Si no, vaya a la pregunta #13

12. ¿la mordedura rompe la piel?

Sí No

¿13. usted nunca se ha inmunizado contra la rabia (antes o después de una exposición potencial)?

No Sí (especificar fecha/circunstancia) _____

¿Que la vacuna? _____

¿Reciente título dibujado? ¿Resultados de la Date____? _____

Al entrevistador: Por favor un correo electrónico a [] o por FAX a [].

Al entrevistado: Un representante de salud pública de Puerto Rico estará en contacto con usted dentro de unos días para discutir si o no usted necesita profilaxis post-exposición de la rabia. Mientras tanto, si usted tiene alguna pregunta, llame al _____.

HEALTHCARE WORKER ASSESSMENT (English)

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Last Name: _____ First Name: _____

Address: _____ Home Phone # (_____) _____
Work Phone# (_____) _____

City: _____ Zip Code: _____

1. Age _____ (years)

2. Sex: M F

3. In which department do you work? _____

4. What is your job title? _____

Describe your job: _____

5. Did you have any physical contact with the patient, his bodily secretions, laboratory specimens, or tissue?

No _____ Yes _____

If NO, go to # 15

6. About how much time did you spend with the patient? _____ (hours)

7. Were you bitten by the patient? No _____ Yes _____

8. Were you kissed by the patient? No _____ Yes _____

9. Were you in contact with any of the patient's fluids or secretions listed below? (Check each selection that applies)

If YES, was it on:

				Bare Skin	Gloves, Etc.
1.	Saliva	No	Yes	_____	_____
2.	Respiratory secretions	No	Yes	_____	_____
3.	Cerebrospinal fluid	No	Yes	_____	_____
4.	Tears	No	Yes	_____	_____

10. Did you have a fresh wound, cut or other break in skin that may have been in contact with the patient's oral secretions?

No _____ Yes _____

If YES: Location of wound/cut break _____

Which secretions?

1. Saliva _____
2. Respiratory secretions _____
3. Cerebrospinal fluid _____
4. Tears _____

11. Did any of the patient's oral secretions come in contact with your eyes, mouth, or nose (mucous membranes)?

No _____ Yes _____

If YES: Describe secretions, mucous membranes & circumstances.

12. Did you participate in any procedure performed on the patient? (Include intubation, lumbar puncture, nasogastric tube insertion)

No _____ Yes _____

If YES: Which procedure: _____

What personal protective equipment did you use?

Did you have any breaks in your gloves?

No _____ Yes _____

13. In your opinion, what was your most significant exposure? What was the exposure you are most concerned about?

14. Have you previously been immunized against rabies?

No _____ Yes _____

If YES: When? (Month/Year) _____/_____

Why were you immunized? _____

Which vaccine? _____

[Formulario aprobado](#)
[OMB no. 0920-1011](#)
[EXP fecha 31/03/17](#)

HEALTHCARE WORKER ASSESSMENT (SPANISH)

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Apellidos: ____ nombre: ____

Address: _____ Home Phone # (____) _____

Trabajo telefono # (____) ____

City: _____ Zip Code: _____

1. La edad (años)

2. Sexo: M F

3. En que Departamento trabajas? ____

4. ¿Cuál es tu profesión? ____

Describe your job: _____

5. ¿Tienes cualquier contacto físico con el paciente, sus secreciones corporales, muestras de laboratorio o tejido?

No _____ Yes _____

Si NO, vaya al # 15

6. Cuánto tiempo pasaste con el paciente? ____ (horas)

7. ¿Fuiste mordido por el paciente? No _____ Yes _____

8. ¿Se besó por el paciente? No _____ Yes _____

9. ¿ Estabas en contacto con cualquiera de los fluidos del paciente o secreciones a continuación?
(Marque cada selección que se aplica)

Si, fue en:

Guantes de piel, etc..

1. Saliva No ____ sí ____

2. Las secreciones respiratorias No ____ sí ____

3. Cerebroespinal No ____ sí ____

4. No lágrimas ____ sí ____

10. ¿Tuvo una herida fresca, corte u otra rotura en la piel que puede haber sido en contacto con secreciones orales del paciente?

No ____ sí ____

En caso afirmativo: Localización de rotura de herida/corte ____
¿Que las secreciones?

1. ____ De saliva
2. ____ De secreciones respiratorias
3. Líquido cefalorraquídeo ____
4. ____ De lágrimas

11. De las secreciones orales del paciente entró en contacto con los ojos, boca o nariz (membranas mucosas)?

No ____ sí ____

En caso afirmativo: Describir las secreciones, membranas mucosas y circunstancias.

12. ¿Usted participa en cualquier procedimiento que se realiza en el paciente? (Incluye intubación, punción lumbar, inserción de un tubo nasogastric)

No ____ sí ____

En caso afirmativo: Procedimiento: ____

¿Qué equipo de protección personal utilizas? _____

¿Usted tiene cualquier roturas en los guantes?

No ____ sí ____

13. En tu opinión, ¿cuál fue la exposición más importante? ¿Cuál fue la exposición que más le preocupa?

14. Previamente se ha inmunizado contra la rabia?

No ____ sí ____

¿En caso afirmativo: cuando? ____ / ____ (Mes/año)

¿Por qué fueron inmunizados? _____

¿Que la vacuna? _____

Name: _____

North Carolina ID: _____

CDC ID: _____

Charts Reviewed:

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Clinic: _____ Date of Visit: __ __ - __ __ - __ __ Chart Requested Chart Abstracted

Demographics:

1: Patient's age at time of ocular syphilis diagnosis: ___ __ __ years of age

2: North Carolina County of Residence: _____

3: Patient's gender:

- 1: Male 2: Female 3: Transgender 4: Unknown

4: Race/ethnicity:

- 1: White 2: Black 3: Hispanic or Latino 4: Asian
5: Native Hawaiian/Other Pacific Islander 6: American Indian or Alaska Native

5: Marital Status:

- 1: Single, Never Married 2: Married 3: Separated 4: Divorced 5: Widowed 6: Other

Syphilis Information:

6: What stage of syphilis did patient have at time of ocular syphilis diagnosis?

- 1: Primary syphilis 2: Secondary syphilis 3: Early latent 4: Late latent

7: Date of syphilis diagnosis by health care provider or LHD: (mm-dd-yyyy) ___ - ___ - ___

8: Is/was the patient symptomatic?

- 1: Yes 2: No 3: Unknown

9: What was the site of infection for the initial syphilis signs and symptoms? Check all that apply.

- 1: Oropharyngeal: Head/Pharyngeal/Nasopharynx 2: Genitourinary: Anus/Rectum/Cervix/Vagina, etc
3: Eye/Conjunctiva 4: Other: Extremities, Torso, Other 5: No lesions noted

10. What symptoms did the patient report? Check all that apply

Symptom	Notes	Symptom	Notes
<input type="checkbox"/> Swollen lymph nodes		<input type="checkbox"/> Mucous patches	
<input type="checkbox"/> Altered mental status		<input type="checkbox"/> Gummas	
<input type="checkbox"/> Memory Loss		<input type="checkbox"/> Alopecia	
<input type="checkbox"/> Headache		<input type="checkbox"/> Oropharyngeal lesions	
<input type="checkbox"/> Tabes Dorsalis		<input type="checkbox"/> Genital lesions/ulcers	
<input type="checkbox"/> Joint Pain		<input type="checkbox"/> Condyloma lata	
<input type="checkbox"/> Skin Rash		<input type="checkbox"/> Other:	
<input type="checkbox"/> Skin Lesions			

11: Results of patient's syphilis serology for non-treponemal tests for this current episode of syphilis:

Test	Result	Titer	Date (mm/dd/yyyy)	Titer	Date (mm/dd/yyyy)
RPR	<input type="checkbox"/> Reactive <input type="checkbox"/> Non-reactive <input type="checkbox"/> Not done	1: _____		1: _____	
VDRL	<input type="checkbox"/> Reactive <input type="checkbox"/> Non-reactive <input type="checkbox"/> Not done	1: _____		1: _____	
Other					

12: Results of patients' syphilis serology for treponemal tests for this current episode of syphilis:

Test	Result	Date of test(s) (mm/dd/yyyy)
EIA (Capita)	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Not done	
TP-PA	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Not done	
FTA-ABS	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Not done	
Other		

13: If LP was performed, please answer the following questions:

Test	Result	Test	Result
CSF VDRL	<input type="checkbox"/> Reactive <input type="checkbox"/> Non-reactive <input type="checkbox"/> Not done	CSF WBC	
CSF FTA-abs	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Not done	CSF total protein	
Date of LP:	mm-dd-yyyy - -	CSF glucose	

14: Did the patient have a neuro-syphilis involvement?

1: Yes, confirmed 2: Yes, probable 3: No 3: Unknown

15: What treatment did patient receive for this syphilis/ocular syphilis diagnosis?

Treatment	Amount given	Dates of Treatment
Benzathine pencillin G (shot)	_____ doses	
Aqueous crystalline penicillin G (IV)	_____ days	
Procaine penicillin (shot)	_____ doses	
Ceftriaxone/Rocephin (shot or IV)	_____ doses	
Other	_____ doses	

16. Was the patient treated a second time for this instance of disease?

1: Yes 2: No 3: Unknown

17. What was the primary reason patient was tested for this condition? _____

Behavioral Risk Questions:

18: Has the patient traveled during the interview period?

1: Yes, but only within the United States 2: Yes, internationally 3: No 4: Unknown

Location of travel: _____ Travel dates ____-____-____ to ____-____-____

Location of travel: _____ Travel dates ____-____-____ to ____-____-____

19: Did the patient live in any congregate living facilities (correctional facility, barrack, shelter, boarding school, camp or dorm)?

1: Yes 2: No 3: Unknown

20: During the patient’s lifetime, has the patient ever been incarcerated?

1: Yes 2: No 3: Unknown

Time frame of incarceration: (mm-yyyy): ____-____-____ Facility: _____

Notes: _____

21: Is the patient a gang member?

1: Yes 2: No 3: Unknown

22: Is the patient associated with a “House”?

1: Yes 2: No 3: Unknown

23: Has the patient ever used alcohol?

1: Yes 2: No 3: Unknown

Pattern of use: 1: Abuse 2: Casual 3: Unknown

24: Has the patient ever used injection drugs?

1: Yes 2: No 3: Unknown

25: If yes, please list injection drugs used. Chose as many as apply.

1: Cocaine 2: Crack 3: Heroin 4: Narcotics 5: Methamphetamines 6: Stimulants

6: Other: _____

26: Has the patient ever used NON-injection drugs?

1: Yes 2: No 3: Unknown

27: If yes, please list NON-injection drugs used. Chose as many as apply.

1: Marijuana 2: Cocaine 3: Crack 4: Heroin 5: Narcotics 6: Methamphetamine
7: Stimulants 8: Nitrates/Poppers 9: Erectile dysfunction medications
6: Other: _____

Sexual Behavior Questions:

28: Has the patient ever been diagnosed with an STD previously?

1: Yes 2: No 3: Unknown

29: What was the timeframe of the previous STD diagnosis?

1: During the last 6 months? 2: During the last 7-12 months 3: More than 12 months ago 4: Unknown

31: If yes: what was patient diagnosed with (check all that apply):

1: Gonorrhea 2: Chlamydia 3: Syphilis 4: HIV 5: Hepatitis 6: HSV 7: Other

32: How frequently does the patient say they use condoms during sex?

1: Always 2: Sometimes 3: Pick-ups only 4: Never 5: Unknown

33: Has the patient had sex while intoxicated and/or using non-injection drugs?

1: Yes 2: No 3: Unknown
Please check all that apply: 1: Non-injection drugs 2: Injection drugs 3: Alcohol

34: Has the patient ever traded sex for drugs or money?

1: Yes 2: No 3: Unknown

35: Has the patient ever been a victim of sexual assault?

1: Yes 2: No 3: Unknown

36: Has the patient had a new sex partner during the interview period?

1: Yes 2: No 3: Unknown

37: Has the patient ever had sex at a sex party?

1: Yes 2: No 3: Unknown

38: Has the patient ever met a partner at a bar or club?

1: Yes 2: No 3: Unknown

39: Has the patient ever met a sexual partner on the Internet?

1: Yes 2: No 3: Unknown

40: If yes, partners met on Internet- what sites has the patient used? Choose all that apply.

1: Black Gay Chat 2: Adam 4 Adam 3: Manhunt 4: Facebook 5: Myspace 6: EROS
7: Downelink 8: Grinder 9: Craigslist 10: Scruff 11: Jackd 12: Other: _____

41: What is the total number of internet sex partners? _____

For the following questions: use TIME FRAME SHOWN ABOVE:

42: Has the patient had sexual contact with a FEMALE?

1: Yes 2: No 3: Unknown

43: What is the total number of FEMALE sex partners? ___ ___ ___ partners

44: Has the patient had sexual contact with a MALE?

1: Yes 2: No 3: Unknown

45: What is the total number of MALE sex partners? ___ ___ ___ partners

46: Is the partner(s) a male who has documented HIV infection or AIDS?

1: Yes 2: No 3: Unknown

47: Is the partner(s) a male who is an injection drug user?

1: Yes 2: No 3: Unknown

48: Did the patient have rectal intercourse with a male partner(s)?

1: Yes 2: No 3: Unknown

49: Did the patient have oral sex with a male partner(s)?

1: Yes 2: No 3: Unknown

50: (Females only). Has the patient had sex with a person who is known to her to be an MSM?

1: Yes 2: No 3: Unknown

51. Notes for additional risk factors: _____

52. Field Investigation Notes: _____

53. Was the patient named as a contact of another known STI case?

1: Yes 2: No 3: Unknown

Previous Syphilis Information:

54: If previous history of syphilis: Approximate date of previous infection: (mm-yyyy) ___ - ___ - ___

55: What stage of syphilis did patient previously?

1: Primary syphilis 2: Secondary syphilis 3: Early latent 4: Late latent

56: Results of patient's syphilis serology for non-treponemal tests for previous episodes of syphilis:

Test	Result	Titer	Date (mm/dd/yyyy)	Titer	Date (mm/dd/yyyy)
RPR	<input type="checkbox"/> Reactive <input type="checkbox"/> Non-reactive <input type="checkbox"/> Not done	1: _____		1: _____	
VDRL	<input type="checkbox"/> Reactive <input type="checkbox"/> Non-reactive <input type="checkbox"/> Not done	1: _____		1: _____	
Other					

Medical History:

67: During the course of this illness, where did the patient seek treatment? Check all that apply.

- 1: STD or HIV Clinic 2: Infectious Disease Clinic 3: Eye Clinic
 4: Emergency Room 5: Primary Care Clinic 6: Admitted as inpatient

68: What are the patient's underlying medical conditions?

- 1: Diabetes 2: High blood pressure/hypertension 3: Immunosuppressive condition (HIV, cancer)
 4: Other: _____

69: Please list medications patient takes regularly:

70. Was the patient hospitalized overnight related to the syphilis diagnosis?

- 1: Yes 2: No 3: Unknown

71. Dates of hospitalization: (mm-dd-yy) Admit: ___ - ___ - ___ **Discharge:** ___ - ___ - ___

Ophthalmologic Exam:

72: Did the patient have an ophthalmologic exam related to syphilis/ocular syphilis diagnosis?

- 1: Yes 2: No 3: Unknown

73: Date of first ophthalmologic exam: (mm-dd-yyyy) ___ - ___ - _____

74: Did the patient report the following symptoms? Choose as many as apply.

Symptoms	Report symptoms?	Duration of symptoms prior to eye appointment: # days	Notes:
Eye pain	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Red eye	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Blurry vision/change in vision	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Partial vision loss	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Loss of function vision in 1 eye	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Loss of function vision in both eyes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Other visual symptoms	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

75: What was the patient's visual acuity at presentation?

- 1: Left eye: 20/_____ 2: Right eye: 20/_____ 3: Both eyes: 20/_____

76: Which eye was involved?

- 1: Left eye only 2: Right eye only 3: Both eyes 4: Unknown

77: Detail pertinent eye exam findings: Choose as many as apply:

Exam findings	Reported on exam?	Exam findings	Reported on exam?
Scleritis/Keratitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Chorioretinitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Anterior Uveitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Optic Neuritis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Posterior Uveitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Retinal Detachment	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Panuveitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other ocular findings	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Additional notes on eye exam findings: _____

78: Please list all testing and results sent in the work-up of this current eye issue:

79: Please list if the patient has any chronic eye conditions:

1: Glaucoma 2: Cataracts 3: Blind/severe vision loss (<20/200) at baseline 4: No chronic eye conditions

80: Did the patient wear glasses or contacts previously?

1: Yes 2: No 3: Unknown

81: Are there >1 eye clinic visits documented related to syphilis?

1: Yes 2: No/No Record

82: If yes, how many eye clinic visits did the patient have? _____ Visits

83: If there are multiple eye clinic visits, on which visit was the patient diagnosed with ocular syphilis?

1: First visit 2: Second visit 3: Third visit 4: Fourth or greater visit

Follow-up Ophthalmologic Exam

84: Date of most recent follow up ophthalmologic exam: (mm-dd-yyyy) ___-___-_____

85: What was the patient's visual acuity at most recent follow-up?

1: Left eye: 20/_____ 2: Right eye: 20/_____ 3: Both eyes: 20/_____

86: Did the patient's ocular symptoms improve following treatment?

1: Yes, symptoms completely resolved 2: Yes, but still with residual deficit 3: No

87: Please detail symptom resolution:

Symptoms	Date of Resolution	Check if on-going:
Eye pain	___-___-_____	<input type="checkbox"/> On-going
Red eye	___-___-_____	<input type="checkbox"/> On-going
Blurry vision/change in vision	___-___-_____	<input type="checkbox"/> On-going
Partial vision loss	___-___-_____	<input type="checkbox"/> On-going
Loss of function vision in 1 eye	___-___-_____	<input type="checkbox"/> On-going
Loss of function vision in both eyes	___-___-_____	<input type="checkbox"/> On-going
Other visual symptoms	___-___-_____	<input type="checkbox"/> On-going

Additional Notes for Medical Review:

Cheat sheet for Timing

Primary syphilis: 3 months
Secondary syphilis: 7 months
Early latent, late latent, unknown duration: 12 months

Case-Control Study Questionnaire for the Investigation of Guillain-Barré Syndrome in Relation to Arboviral Infections

Study ID Number BR- ____ - ____ - ____ Case Control

The ID number begins with the 2 digit case number (for example BR01) followed by an "A" for the case patient, a "B" for the first control, a "C" for the second control, and a "D" for the third control. For example, the second control subject matched for case number 8 would be labeled "BR-08-C."

Interviewer: _____ Date of Interview: ____/____/____
DD MM YYYY

Neuro Symptom Onset Date for Case ____/____/____
DD MM YYYY

The following questions are to be asked of cases AND controls during the interview:

1. Current Address:

_____/_____/_____/_____
(Street) (Town) (Province) (District)

2. Onset Address:

_____/_____/_____/_____
(for cases only if different from above; where cases spent most nights in the 2 months prior to neuro onset)

3. GPS Coordinates (Onset for cases; current for controls): ____ S, ____ E

4. Sex: Male Female

5. Race: White Brown Indigenous Black/African decent Yellow Other: _____

6. Age when cases developed first neuro symptoms (or equivalent date for controls): ____ Years

7. What is your occupation? _____

8. Have you ever been told by a clinician that you have any of the following medical conditions?

- Diabetes High blood pressure Heart disease High cholesterol
 Stroke Kidney disease Liver disease Rheumatologic disease
 Asthma COPD Cancer Surgery (within 2 months of symptom onset)

Other neurologic illness: _____

Take any medication or have any condition that might impact your ability to fight infections (e.g. prednisone):

9. a. In the 2 months prior to ____/____/____ (neuro onset date for case), have YOU been sick at all?

Yes No Unknown

b. If so, when did you first feel sick? ____/____/____

c. If so, what symptoms did you have (check all that apply)?

- Fevers Chills Nausea or Vomiting Diarrhea
 Muscle pains Joint pains Skin rash Abnormally red eyes
 Headache Pain behind eyes Stiff neck Confusion
 Abdominal pain Coughing Runny nose Sore throat Calf pain
 Pruritis

d. If so, did you see a doctor or go to the hospital for this illness?

Yes No Unknown

Which doctor? _____ Which hospital? _____

e. If so, did they draw any blood for testing? Yes No Unknown

10. a. In the 2 months prior to ___/___/___ (neuro onset date for case), has anyone in your HOUSEHOLD been sick at all?

Yes No Unknown

b. If so, when did the first household member become sick? ___/___/___

c. If so, what symptoms did any household members have (check all that apply)?

- Fevers Chills Nausea or Vomiting Diarrhea
 Muscle pains Joint pains Skin rash Abnormally red eyes
 Headache Pain behind eyes Stiff neck Confusion
 Abdominal pain Coughing Runny nose Sore throat Calf pain
 Pruritis

11. Which vaccinations have you received and when?

Information verified on vaccine card Information provided verbally

Vaccine	Number of doses	Date of final dose
a. Hep B	_____	___/___/___
b. HPV	_____	___/___/___
c. Yellow fever	_____	___/___/___
d. MMR	_____	___/___/___
e. DT	_____	___/___/___
f. DtaP	_____	___/___/___
g. Influenza	_____	___/___/___
h. Other vaccines (e.g. rabies, 23-pneumo, Japanese encephalitis, etc.):	_____	___/___/___
	_____	___/___/___
	_____	___/___/___

12. In 2015, what pets, farm, or other animals have lived in your house or on your property (check all that apply)?

- Dogs Cats Mice/rats Pet birds Pet lizards /turtles
 Goats Sheep Cows Chickens Pigs Other _____

13. In 2015, how often have you gotten your drinking water from the tap?

Almost always (>75%) Often (25-75%) Rarely (<25%) Never (0%)

If ever, was the water boiled or treated? Yes No Unknown

14. In 2015, how often have you gotten your drinking water from a well or river/stream/pond?

- Almost always (>75%) Often (25-75%) Rarely (<25%) Never (0%)

If ever, was the water boiled or treated? Yes No Unknown

15. In 2015, how often do you walk around barefoot outside?

- Almost always (>75%) Often (25-75%) Rarely (<25%) Never (0%)

16. In 2015, have you swam or waded in a freshwater river, stream, or pond?

- Daily Weekly Monthly Rarely (<once per month) Never

17. In 2015, do you recall being bitten by a mosquito? Yes No Unknown

18. How much time do you spend outdoors each day?

- <1 hour 1-4 hours 5-8 hours >8 hours

19. Do you normally wear insect repellent?

- Almost always (>75%) Often (25-75%) Rarely (<25%) Never (0%)

20. Do you leave the windows open at your house?

- Yes, during the day Yes, at night Yes, all times Windows are not left open at this house

21. How many of your windows or doors have intact screens?

- All of them Some of them None of them

22. Does your home use any of the following for air conditioning (check all that apply)?

- Local air conditioning (at least 1 room) Fans None

23. How often do you have sources of standing water around the outside of your house (e.g. buckets, water storage/cistern, septic tank, pond)?

- Daily 2-3 times/week Once/week Every other week Never

24. In 2015, have you slaughtered any animals? Yes No Unknown

Which? _____

25. In 2015, have you handled any dead animals? Yes No Unknown

Which? _____

26. In 2015, have you eaten or drunk any of the following foods at least once per week (check all that apply)?

- Beef Lamb Chicken Fish Shellfish
 Milk Cheese Yogurt Fresh salad / uncooked greens

27. In 2015, did you eat any of the following foods raw or undercooked (check all that apply)?

- Beef Lamb Chicken Fish Shellfish

28. Hughes Disability Score at time of last evaluation: (Date recorded ___/___/____)

Hughes Disability Score: : F-score (0 to 6) Unknown

[0 = Complete recovery; no sequelae, 1 = Minor symptoms and capable of running, 2 = Able to walk 10 metres or more without assistance but unable to run, 3 = Able to walk 10 metres with help, 4 = Bedridden or chairbound (unable to walk 10 meters with help), 5 = Requiring assisted ventilation for at least part of the day, 6 = Dead]

Questionario do Estudo de Caso-Controle para a Investigacao de Sindrome de Guillain-Barre Relacionada a Infeccoes por Arbovirus

O tempo estimado para a coleta dessas informações do público é em média 15 minutos por questionário, incluindo o tempo para revisar as instruções, buscar fontes de dados existentes, coletar e manter os dados necessários, completar e revisar o questionário. Uma agência não poderá realizar ou financiar, e uma pessoa não é obrigada a responder, a coleta de informações a menos que um número de controle OMB atualmente válido seja apresentado. Envie comentários sobre esta estimativa ou qualquer outro aspecto da coleta de informações, incluindo sugestões para reduzir esta carga para CDC / ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Nº Identif. Estudo BR- ____ - ____ - ____

 Caso Controle

O número de identificação começa com 2 dígitos (por exemplo, BR01), seguido de um "A" para o paciente-caso, um "B" para o primeiro controle, um "C" para o segundo controle e um "D" para o terceiro controle. Por exemplo, o segundo sujeito controle pareado ao número de caso 8 seria identificado como "BR-08-C."

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ____/____/____
DD MM AAAAData de início dos sintomas neurológicos do caso ____/____/____
DD MM AAAA

As seguintes perguntas devem ser feitas acerca dos casos e controles durante a entrevista:

1. Endereço atual:

_____/_____/_____/_____
(Rua, Av., etc, nº) (Cidade) (Estado) (Bairro)

2. Endereço quando manifestou primeiros sintomas neurológicos:

_____/_____/_____/_____
(para os casos somente caso seja diferente dos dados acima; onde os casos passaram mais noites nos 2 meses anteriores ao início dos sintomas neurológicos)

3. Coordenadas de GPS (Início para os casos; atual para os controles): _____. _____ S, _____ E

4. Sexo: Masc. Fem.5. Cor (auto-referida): Branca Preta Parda Amarela Indígena6. Idade em que o caso apresentou sintomas neurológicos pela primeira vez (ou equivalente para os controles):
_____ Anos

7. Qual é a sua ocupação? _____

8. Você já recebeu de um médico a informação de que você tem algum dos seguintes problemas de saúde?

- Diabetes Hipertensão Doença cardíaca Colesterol elevado
 AVC Doença renal Doença hepática Doença reumatológica
 Asma DPOC Câncer Cirurgia (nos 2 meses anteriores ao início dos sintomas)

 Outra doença neurológica: _____ Toma alguma medicação ou tem qualquer doença que possa afetar sua capacidade de combater infecções (por exemplo, prednisona)

9. a. Nos 2 meses anteriores a ____/____/____ (Data de início dos sintomas neurológicos do caso), VOCÊ teve alguma doença?

 Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, quando você começou a se sentir doente? ____/____/____

c. Em caso afirmativo, que sintomas você teve (marque todas as opções que se aplicarem)?

- Febre Calafrios Náusea ou vômito Diarreia
 Dores musculares Dores nas articulações Erupções da pele Vermelhidão anormal dos olhos
 Dor-de-cabeça Dor por trás dos olhos Torcicolo Confusão
 Dor abdominal Tosse Corrimento nasal Dor de garganta Dor na panturrilha

Prurido

d. Em caso afirmativo, você consultou um médico ou foi ao hospital para tratar desse problema?

Sim Não Não sei

Qual médico? _____ Qual hospital? _____

e. Em caso afirmativo, foi feita coleta de sangue para exames? Sim Não Não sei

10. a. Nos 2 meses anteriores a __ __ / __ __ / ____ (Data de início dos sintomas neurológicos do caso), alguém da sua RESIDÊNCIA teve alguma doença?

Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, quando foi que o primeiro morador da residência ficou doente? __ __ / __ __ / ____

c. Em caso afirmativo, que sintomas o(s) morador(es) da residência teve(tiveram) (marque todas as opções que se apliquem)?

- Febre Calafrios Náusea ou vômito Diarreia
- Dores musculares Dores nas articulações Erupções da pele Vermelhidão anormal dos olhos
- Dor-de-cabeça Dor por trás dos olhos Torcicolo Confusão
- Dor abdominal Tosse Corrimento nasal Dor de garganta Dor na panturrilha
- Prurido

11. Que vacinas voce recebeu e quando?

Informação verificada no cartão de vacina Informação verbal

Vacina	Numero de doses	Data da ultima dose
a. Hepatite B	_____	__ __ / __ __ / ____
b. HPV	_____	__ __ / __ __ / ____
c. Febre amarela	_____	__ __ / __ __ / ____
d. Triplice viral	_____	__ __ / __ __ / ____
e. Dupla adulto	_____	__ __ / __ __ / ____
f. dTpa	_____	__ __ / __ __ / ____
g. Influenza	_____	__ __ / __ __ / ____
h. Outras vacinas (por exemplo, raiva, pneumo-23, encefalite japonesa)	_____	__ __ / __ __ / ____
	_____	__ __ / __ __ / ____
	_____	__ __ / __ __ / ____

12. Em 2015, que animais de estimação, animais de fazenda ou outros animais viviam em sua casa ou em seu imóvel (marque todas as opções que se apliquem)?

- Cachorros Gatos Ratos/camundongos Pássaros domésticos
- Lagartos/tartarugas domésticas Cabras Ovelhas Vacas Galinhas
- Porcos Outros _____

13. Em 2015, com que frequência você usou água da torneira para beber?

- Quase sempre (>75%) Com frequência (25-75%) Raramente (<25%) Nunca (0%)

Se bebeu água da torneira, ferveu ou tratou a água? Sim Não Não sei

14. Em 2015, com que frequência você usou água de poço ou rio/córrego/lagoa para beber?

- Quase sempre (>75%) Com frequência (25-75%) Raramente (<25%) Nunca (0%)

Se bebeu água de poço ou rio/córrego/lagoa, ferveu ou tratou a água? Sim Não Não sei

15. Em 2015, com que frequência você andou descalço fora de casa?

- Quase sempre (>75%) Com frequência (25-75%) Raramente (<25%) Nunca (0%)

16. Em 2015, você nadou ou andou em um rio, córrego ou lagoa de água doce?

- Diariamente Semanalmente Mensalmente Raramente (<uma vez por mês) Nunca

17. Em 2015, você se lembra de ter sido mordido por mosquito? Sim Não Não sei

18. Quanto tempo em média você passa ao ar livre diariamente?

- <1 hora 1-4 horas 5-8 horas >8 horas

19. Com que frequência você usa repelente?

- Quase sempre (>75%) Com frequência (25-75%) Raramente (<25%) Nunca (0%)

20. Você deixa as janelas abertas na sua casa?

- Sim, durante o dia Sim, à noite Sim, sempre As janelas ficam fechadas

21. Quantas das suas janelas ou portas têm telas (íntactas)?

- Todas Algumas Nenhuma

22. A sua casa possui (marque todas as opções que se apliquem):

- Ar condicionado? Ventilador? Nenhum

23. Com que frequência você tem água parada na sua casa (por exemplo, em baldes, cisternas, fossa, lago)?

- Diariamente 2-3 vezes/semana 1 vez/semana A cada duas semanas Nunca

24. Em 2015, você abateu algum animal? Sim Não Não sei

Qual? _____

25. Em 2015, você manipulou algum animal morto? Sim Não Não sei

Qual? _____

26. Em 2015, você comeu ou bebeu algum dos seguintes alimentos pelo menos uma vez por semana (marque todas as opções que se apliquem)?

- Carne bovina Cordeiro Frango Peixe Marisco
 Leite Queijo Iogurte Salada fresca / verduras não cozidas

27. Em 2015, você comeu algum dos seguintes alimentos cru ou mal cozido (marque todas as opções que se apliquem)?

- Carne bovina Cordeiro Frango Peixe Marisco

28. Para os casos, grau de incapacidade de acordo com a escala Hughes (abaixo) durante a última avaliação

Data da avaliação ____/____/____

Grau de incapacidade: (0 a 6) Não sei

0 = Recuperação completa, sem sequelas

1 = Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de correr

2 = Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr

3 = Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador

4 = Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio)

5 = Necessita de ventilação assistida

6 = Óbito

Chart Abstraction Form for the Investigation of Guillain-Barré Syndrome in Relation to Arboviral Infections

Study ID Number BR- ____ - ____ - ____ Case Control

The ID number begins with the 2 digit case number (for example BR01) followed by an "A" for the case patient, a "B" for the first control, a "C" for the second control, and a "D" for the third control. For example, the second control subject matched for case number 8 would be labeled "BR-08-C."

The following pages are to be abstracted from the medical records / exam for cases and applicable controls:

Chart Abstractor: _____ Abstraction Date: ____/____/____
DD MM YYYY

1. a. For both, in the 2 months prior to ____/____/____ (neuro onset date for case), did the individual seek care at a doctor/hospital at all with an acute illness (for cases, other than their neuro illness)?

Yes No Unknown

b. If so, when did they report first feeling sick? ____/____/____

c. If so, what symptoms did they report having or what signs were noticed (check all that apply)?

- Fevers Chills Nausea or Vomiting Diarrhea
 Muscle pains Joint pains Skin rash Abnormally red eyes
 Headache Pain behind eyes Stiff neck Confusion
 Abdominal pain Coughing Runny nose Sore throat Calf pain
 Pruritis

d. If any blood was taken for this acute illness, please fill out the following for the INITIAL blood draw :

Date ____/____/____ WBC ____ HgB ____ Plts ____ Na ____ K ____

Urea ____ Cr ____ Glucose ____ TBili ____ AST ____ ALT ____ AlkPhos ____

e. If so, were they hospitalized for this acute illness? Yes No Unknown

f. If so, did they receive any blood products / IVIG for this illness? Yes No Unknown

What product? _____ Date? ____/____/____

g. If so, did they receive plasmapheresis / plasma exchange for this illness?

Yes No Unknown If yes, date? ____/____/____

2. a. For both, was this patient tested for dengue at the time of acute illness? Yes No Unknown

b. If so, which specimen(s) was/were collected: Serum/Blood CSF

(If >1 specimen collected on individual, write in margin type of specimen, date collected, and result.)

c. Type of specimen	Date of collection	Test	Result				
Serum/blood	____/____/____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos	Neg	Unknown	Ind	
	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM	Pos	Neg	Unknown	Ind	
	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgG	Pos	Neg	Unknown	Ind	
	____/____/____	<input type="checkbox"/> NS1	Pos	Neg	Unknown	Ind	
	____/____/____	<input type="checkbox"/> Immunohistochemistry (IHC)	Pos	Neg	Unknown	Ind	
	____/____/____	Other: _____	Pos	Neg	Unknown	Ind	

CSF	___/___/___	<input type="checkbox"/> PCR	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgM	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgG	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> NS1	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	Other: _____	Pos	Neg	Unknown	Ind

3. a. For both, was this patient tested for chikungunya at the time of acute illness?

Yes No Unknown

b. If so, which specimen was collected Serum/Blood CSF

(If >1 specimen collected on individual, write in margin type of specimen, date collected, and result.)

c. Type of specimen	Date of collection	Test	Result			
Serum/blood	___/___/___	<input type="checkbox"/> PCR	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgM	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgG	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	Other: _____	Pos	Neg	Unknown	Ind
	CSF	___/___/___	<input type="checkbox"/> PCR	Pos	Neg	Unknown
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgM	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgG	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	Other: _____	Pos	Neg	Unknown	Ind

4. a. For both, was this patient tested for Zika virus at the time of acute illness?

Yes No Unknown

b. If so, which specimen was collected: Serum/Blood CSF Urine

(If >1 specimen collected on individual, write in margin type of specimen, date collected, and result.)

c. Type of specimen	Date of collection	Test	Result			
Serum/blood	___/___/___	<input type="checkbox"/> PCR	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgM	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgG	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	Other: _____	Pos	Neg	Unknown	Ind
	CSF	___/___/___	<input type="checkbox"/> PCR	Pos	Neg	Unknown
___/___/___		<input type="checkbox"/> IgM	Pos	Neg	Unknown	Ind
___/___/___		<input type="checkbox"/> IgG	Pos	Neg	Unknown	Ind
___/___/___		Other: _____	Pos	Neg	Unknown	Ind
Urine		___/___/___	<input type="checkbox"/> PCR	Pos	Neg	Unknown

5. a. For both, was this patient tested for leptospirosis at the time of acute illness?

Yes No Unknown

b. If so, which specimen was collected: Serum/Blood CSF

(If >1 specimen collected on individual, write in margin type of specimen, date collected, and result.)

c. Type of specimen	Date of collection	Test	Result			
Serum/blood	___/___/___	<input type="checkbox"/> PCR	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgM	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgG	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> Microagglutination test (MAT)	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	Other: _____	Pos	Neg	Unknown	Ind
CSF	___/___/___	<input type="checkbox"/> PCR	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgM	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	<input type="checkbox"/> IgG	Pos	Neg	Unknown	Ind
	___/___/___	Other: _____	Pos	Neg	Unknown	Ind

6. For both, are there any already available leftover specimens related to the above acute illness?

a. Serum	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Collection Date	___/___/___
b. Whole Blood	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Collection Date	___/___/___
c. CSF	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Collection Date	___/___/___
d. Urine	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Collection Date	___/___/___

7. For cases, what was the date of neuro onset for the case?

___/___/___

8. For cases, what neurologic symptoms occurred on the DAY OF ONSET (check all that apply)?

- Leg weakness Arm weakness Face weakness Diplopia/Ophthalmoplegia
 Leg numbness/parasthesias Arm numbness/parasthesias Face numbness/parasthesias
 SOB / respiratory distress Gait imbalance (not weakness) Hand clumsiness (not weakness)
 Dysphagia Dysarthria

9. For cases, what neurologic symptoms occurred AT ANY TIME during the neuro illness (check all that apply)?

- Leg weakness Arm weakness Face weakness Diplopia/Ophthalmoplegia
 Leg numbness/parasthesias Arm numbness/parasthesias Face numbness/parasthesias
 SOB / respiratory distress Gait imbalance (not weakness) Hand clumsiness (not weakness)
 Dysphagia Dysarthria

10. For cases, how long from onset until maximum/worst neuro symptoms? _____ minutes/hours/days/weeks

11. For cases, at their worst during this neuro illness, was the patient (check all that apply)?

- Unable to walk without assistance (e.g. cane, walker) Unable to walk at all
 Admitted to the hospital Admitted to the ICU/CCU Intubated

12. Hughes Disability Score at time of last evaluation: (Date recorded ___/___/___)

Hughes Disability Score: F-score (0 to 6) Unknown

[0 = Complete recovery; no sequelae, 1 = Minor symptoms and capable of running, 2 = Able to walk 10 metres or more without assistance but unable to run, 3 = Able to walk 10 metres with help, 4 = Bedridden or chairbound (unable to walk 10 meters with help), 5 = Requiring assisted ventilation for at least part of the day, 6 = Dead]

13. If any blood was taken for this neurologic illness, please fill out the following for the INITIAL blood draw :

Date ___/___/___ WBC ___ HgB ___ Plts ___ Na ___ K ___
 BUN ___ Cr ___ Glucose ___ TBili ___ AST ___ ALT ___ AlkPhos ___

14. For cases, was a lumbar puncture (LP) done? Yes No Unknown

LP date ___/___/___ RBCS ___ WBCS ___ Protein (mg/dL) ___ Glucose (mg/dL) ___
 LP date ___/___/___ RBCS ___ WBCS ___ Protein (mg/dL) ___ Glucose (mg/dL) ___

15. For cases, was there documented hyporeflexia/areflexia in the chart or by neurologists?

Yes No Unknown

16. For cases, were any upper motor neuron signs found in the chart or by neurologists?

Yes No Unknown

If yes, specify: _____

17. For cases, are there any already available leftover specimens related to the above neuro illness?

a. Serum Yes No Collection Date ___/___/___
 b. Whole Blood Yes No Collection Date ___/___/___
 c. CSF Yes No Collection Date ___/___/___
 d. Urine Yes No Collection Date ___/___/___

18. For cases, did they receive any blood products / IVIG for this neuro illness? Yes No Unknown

What product? _____ Date? ___/___/___

19. For cases, were any of the following diseases tested for? If so, what was the result (including specimen and type of test)?

a. *Campylobacter jejuni* Yes No Result: _____
 b. *Mycoplasma pneumoniae* Yes No Result: _____
 c. *Haemophilus influenza* Yes No Result: _____
 d. *Salmonella* species Yes No Result: _____
 e. Cytomegalovirus (CMV) Yes No Result: _____
 f. Epstein-Barr virus (EBV) Yes No Result: _____

- g. Varicella-zoster virus (VZV) Yes No Result: _____
- h. Human immunodeficiency virus (HIV) Yes No Result: _____
- i. Enterovirus / Rhinovirus Yes No Result: _____

20. For cases, was neuro imaging done? If so, what was the result?

Yes No

Result: _____

_____ Date __ __ / __ __ / _____

21. For cases, were electro-diagnostics done (e.g. EMG)? If so, what were the results?

Yes No

Result: _____

_____ Date __ __ / __ __ / _____

22. For cases, what was the GBS Brighton level? 1 2 3 4 5

Levels of Diagnostic Certainty

Level 1	Level 2	Level 3	Level 4*	Level 5
Absence of an alternative diagnosis for weakness				NOT a case
Acute onset of bilateral and relatively symmetric flaccid weakness of the limbs			* Lacking documentation to fulfill minimal case criteria	
Decreased or absent deep tendon reflexes in affected limbs				
Monophasic illness pattern with weakness nadir between 12 hours and 28 days, followed by clinical plateau				
Albuminocytologic dissociation (elevation of CSF protein level above laboratory normal value and CSF total white cell count < 50 cells/mm ³)	CSF with a total white cell count < 50 cells/mm ³ (with or without CSF protein elevation above laboratory normal value) or if CSF not collected or results not available, and electrodiagnostic studies consistent with GBS			
Electrophysiologic findings consistent with GBS				

**Questionario para Revisao de Prontuario – Investigacao de Sindrome de Guillain-Barre
Relacionada a Infeccoes por Arbovirus**

O tempo estimado para a coleta dessas informações do público é em média 30 minutos por questionário, incluindo o tempo para revisar as instruções, buscar fontes de dados existentes, coletar e manter os dados necessários, completar e revisar o questionário. Uma agência não poderá realizar ou financiar, e uma pessoa não é obrigada a responder, a coleta de informações a menos que um número de controle OMB atualmente válido seja apresentado. Envie comentários sobre esta estimativa ou qualquer outro aspecto da coleta de informações, incluindo sugestões para reduzir esta carga para CDC / ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Nº Identif. Estudo BR- ____ - ____ - ____

 Caso Controle

O número de identificação começa com 2 dígitos (por exemplo, BR01), seguido de um "A" para o paciente-caso, um "B" para o primeiro controle, um "C" para o segundo controle e um "D" para o terceiro controle. Por exemplo, o segundo sujeito controle pareado ao número de caso 8 seria identificado como "BR-08-C."

As páginas a seguir deverão ser preenchidas com base nos prontuários médicos/exames dos casos e controles aplicáveis:

Responsável pela revisão do prontuário: _____ Data da revisão: ____/____/____
DD MM AAAA

1. a. Para ambos, nos 2 meses anteriores a ____/____/____ (Data de início dos sintomas neurológicos do caso), a pessoa procurou atendimento por um médico/hospital com uma doença aguda (para os casos, além de sua doença neurológica)? Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, quando a pessoa indicou pela primeira vez estar passando mal? ____/____/____

c. Em caso afirmativo, quais sintomas a pessoa citou ou quais sinais foram observados (marque todas as opções que se apliquem)?

- Febre Calafrios Náusea ou vômito Diarreia
 Dores musculares Dores nas articulações Erupções da pele Vermelhidão anormal dos olhos
 Dor-de-cabeça Dor por trás dos olhos Torcicolo Confusão
 Dor abdominal Tosse Corrimento nasal Dor de garganta Dor na panturrilha
 Prurido

d. Se houve coleta de sangue para esta doença aguda, preencha as seguintes informações relativas à coleta de sangue INICIAL:

Data ____/____/____ LeucTot(WBC) ____ HgB ____ Plts ____ Na ____ K ____
 Ureia ____ Creat. ____ Glicose ____ BiliTot ____ AST ____ ALT ____ FosfAlc ____

e. Em caso afirmativo, a pessoa foi hospitalizada em função dessa doença aguda? Sim Não Não sei

f. Em caso afirmativo, a pessoa recebeu algum produto hemoderivado/IVIG para esta doença?

Sim Não Não sei Qual produto? _____ Data? ____/____/____

g. Em caso afirmativo, a pessoa recebeu plasmaferese/troca de plasma para tratar dessa doença?

Sim Não Não sei Em caso afirmativo, especifique a data. ____/____/____

2. a. Para ambos, esse paciente teve o exame de DENGUE realizado durante a doença aguda?

Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, indique o tipo de amostra, a data da coleta, o teste realizado e o resultado:

Tipo de amostra	Data da coleta	Teste	Resultado
<input type="checkbox"/> Soro/Sangue	____/____/____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos. Neg. Não sei Ind
	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgM	Pos. Neg. Não sei Ind
	____/____/____	<input type="checkbox"/> IgG	Pos. Neg. Não sei Ind
	____/____/____	<input type="checkbox"/> NS1	Pos. Neg. Não sei Ind

	___/___/_____	Other_____	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
<input type="checkbox"/> LCR	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgM	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgG	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
<input type="checkbox"/> Urina	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
<input type="checkbox"/> Tecido	___/___/_____	<input type="checkbox"/> Imunohtq.	Pos.	Neg.	Não sei	Ind

3. a. Para ambos, esse paciente teve o exame de CHIKUNGUNYA realizado durante a doença aguda?

Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, indique o tipo de amostra, a data da coleta, o teste realizado e o resultado:

Tipo de amostra	Data da coleta	Teste	Resultado			
<input type="checkbox"/> Soro/Sangue	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgM	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgG	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> NS1	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
<input type="checkbox"/> LCR	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgM	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgG	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
<input type="checkbox"/> Urina	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos.	Neg.	Não sei	Ind

4. a. Para ambos, esse paciente teve o exame do ZIKA vírus realizado durante a doença aguda?

Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, indique o tipo de amostra, a data da coleta, o teste realizado e o resultado:

Tipo de amostra	Data da coleta	Teste	Resultado			
<input type="checkbox"/> Soro/Sangue	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgM	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgG	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
<input type="checkbox"/> LCR	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgM	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgG	Pos.	Neg.	Não sei	Ind
<input type="checkbox"/> Urina	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos.	Neg.	Não sei	Ind

5. a. Para ambos, esse paciente teve o exame da LEPTOSPIROSE realizado durante a doença aguda?

Sim Não Não sei

b. Em caso afirmativo, indique o tipo de amostra, a data da coleta, o teste realizado e o resultado:

Tipo de amostra	Data da coleta	Teste	Resultado
<input type="checkbox"/> Soro/Sangue	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos. Neg. Não sei Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgM	Pos. Neg. Não sei Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgG	Pos. Neg. Não sei Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> MAT (Microaglutinacao)	Pos. Neg. Não sei Ind
<input type="checkbox"/> LCR	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos. Neg. Não sei Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgM	Pos. Neg. Não sei Ind
	___/___/_____	<input type="checkbox"/> IgG	Pos. Neg. Não sei Ind
<input type="checkbox"/> Urina	___/___/_____	<input type="checkbox"/> PCR	Pos. Neg. Não sei Ind

6. Para ambos, há alguma amostra residual disponível relacionada à doença aguda acima?

a. Soro	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data da coleta	___/___/_____
b. Sangue total	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data da coleta	___/___/_____
c. LCR	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data da coleta	___/___/_____
d. Urina	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data da coleta	___/___/_____

7. Para os casos, qual foi a data de início dos sintomas neurológicos do caso?

___/___/_____
DD MM AAAA

8. Para os casos, quais sintomas neurológicos ocorreram no DIA DE INÍCIO (marque todas as opções que se apliquem)?

- Fraqueza nas pernas Fraqueza nos braços Fraqueza facial Diplopia/Oftalmoplegia
- Dormência/parestesia nas pernas Dormência/parestesia nos braços Dormência/parestesia facial
- Falta de ar/desconforto respiratório Desequilíbrio ao andar (não é fraqueza) Descoordenação motora das mãos (não é fraqueza)
- Disfagia Disartria

9. Para os casos, quais sintomas neurológicos ocorreram EM QUALQUER MOMENTO durante a doença neurológica (marque todas as opções que se apliquem)?

- Fraqueza nas pernas Fraqueza nos braços Fraqueza facial Diplopia/Oftalmoplegia
- Dormência/parestesia nas pernas Dormência/parestesia nos braços Dormência/parestesia facial
- Falta de ar/desconforto respiratório Desequilíbrio ao andar (não é fraqueza) Descoordenação motora das mãos (não é fraqueza)
- Disfagia Disartria

10. Para os casos, qual foi o tempo entre o início e o pico/pior momento dos sintomas neurológicos? _____

(minutos/horas/dias/semanas)

11. Para os casos, em seu pior momento durante essa doença neurológica, o paciente ficou... (marque todas as opções que se apliquem)

- Incapacitado de andar sem ajuda (por ex.: bengala, andador) Totalmente incapacitado de andar
 Internado em um hospital Internado na UTI/UTC Entubado

12. Para os casos, grau de incapacidade de acordo com a escala Hughes (abaixo) durante a última avaliação

Data da avaliação ____/____/____

Grau de incapacidade: (0 a 6) Não sei*0 = Recuperação completa, sem sequelas**1 = Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de correr**2 = Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr**3 = Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador**4 = Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio)**5 = Necessita de ventilação assistida**6 = Óbito*

13. Se houve coleta de sangue durante esta doença neurológica, preencha as seguintes informações relativas à coleta de sangue INICIAL:

Data ____/____/____ LeucTot(WBC) ____ HgB ____ Plts ____ Na ____ K ____
 Ureia ____ Creat. ____ Glicose ____ BiliTot ____ AST ____ ALT ____ FosfAlc ____

14. Para os casos, foi feita uma punção lombar (PL)? Sim Não Não sei

Data da PL ____ Eritrócitos ____ Leucócitos ____ Proteína (mg/dL) ____ Glicose (mg/dL) ____

Data da PL ____ Eritrócitos ____ Leucócitos ____ Proteína (mg/dL) ____ Glicose (mg/dL) ____

15. Para os casos, houve hiporeflexia/arreflexia documentada no prontuário ou por neurologistas?

- Sim Não Não sei

16. Para os casos, foi constatado algum sinal neuronal motor dos membros superiores no prontuário ou pelos neurologistas?

- Sim Não Não sei

Em caso afirmativo, especifique: _____

17. Para os casos, há alguma amostra residual disponível relacionada à doença neurológica acima?

a. Soro Sim Não Data da coleta ____/____/____
 a. Sangue total Sim Não Data da coleta ____/____/____
 c. LCR Sim Não Data da coleta ____/____/____
 d. Urina Sim Não Data da coleta ____/____/____

18. Para os casos, o paciente recebeu algum produto hemoderivado/IVIG para esta doença neurológica?

- Sim Não Não sei

Qual produto? _____ Data? ____/____/____

19. Para os casos, o paciente teve exame realizado para alguma das seguintes doenças? Em caso afirmativo, qual foi o resultado (inclua o tipo de amostra e o exame realizado)?

- a. *Campylobacter jejuni* Sim Não Resultado: _____
- b. *Mycoplasma pneumoniae* Sim Não Resultado: _____
- c. *Haemophilus influenza* Sim Não Resultado: _____
- d. *Salmonella species* Sim Não Resultado: _____
- e. Citomegalovirus (CMV) Sim Não Resultado: _____
- f. Epstein-Barr (EBV) Sim Não Resultado: _____
- g. Varicella-zoster (VZV) Sim Não Resultado: _____
- h. HIV Sim Não Resultado: _____
- i. Enterovirus / Rhinovirus Sim Não Resultado: _____

20. Para os casos, foi realizado algum exame de imagem? Em caso afirmativo, qual foi o resultado?

Sim Não Data ____/____/____

Resultado: _____

21. Para os casos, foi realizado algum exame eletrodiagnostico (e.g. EMG)? Em caso afirmativo, qual foi o resultado?

Sim Não Data ____/____/____

Resultado: _____

22. Para os casos, qual foi o nível de Brighton para a SGB?

1 2 3 4 5

Níveis de certeza diagnóstica

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4*	Nível 5
Ausência de um diagnóstico alternativo da fraqueza				Não e um caso
Manifestação aguda de fraqueza/paralisia flácida bilateral e relativamente simétrica dos membros com ou sem envolvimento dos músculos respiratórios ou inervados pelos nervos cranianos				
Diminuição ou ausência de reflexos profundos dos tendões ao menos nos membros afetados				
Padrão de doença monofásica com nadir da fraqueza atingido entre 12 horas e 28 dias, seguido de platô clínico e melhoria ou óbito subsequente				
Presença de dissociação albuminocitológica (elevação do nível de proteína do LCR acima do valor laboratorial normal e contagem total de glóbulos brancos do LCR < 50 células/mm ³)	LCR com contagem total de glóbulos brancos < 50 células/mm ³ (com ou sem elevação do nível de proteína do LCR acima do valor laboratorial normal)		* Ausência de documentação para preencher os critérios mínimos de SGB	
Resultados eletrofisiológicos compatíveis com a SGB	Resultados eletrofisiológicos compatíveis com a SGB, caso não haja coleta de LCR ou resultados indisponíveis.			