

FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE – FORMULAIRE LISTANT LES CONTACTS

Informations sur le malade									
Numéro d'identification du malade	Nom de Famille	Autres Noms	Chef de Famille	Village	Sous-Préfecture	Préfecture	Date de Début de la Maladie	Date d'admission à l'isolement	Date du Décès

****For all information on location, please list information on where the contact will be residing for the next month.**

Contact Information													
Nom	Autres noms	Sexe (H/F)	Age (an)	Lien du contact au cas	Date du dernier contact avec le malade	Types de Contact (1,2,3,4)* <u>indiquez tout</u>	Chef de famille	Village	Préfecture	Sous-Préfecture	Chef de Village	Numéro de telephone	Personnel de Santé (O/N) <i>Si oui, quel centre médicale?</i>

- *Types de Contacts (notez toutes les possibilités):**
- 1 – A touché des sécrétions/excréments du malade (sang, vomissures, salive, urine, selles)
 - 2 – A touché directement le corps du malade (vivant ou décédé)
 - 3 – A touché ou partagé linges, habits, plats/assiettes, instruments avec le malade
 - 4 – A dormi ou mangé avec, ou séjourné dans la même maison ou pièce que le malade

Feuille de contacts remplie par: Nom: _____ Position: _____ Téléphone: _____