

# FICHE DE NOTIFICATION DE FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE

Numéro  
d'identification  
du patient:

Autre numéro  
d'identification :

Date de Notification: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

## Section 1. Information sur le Patient

Nom de Famille: \_\_\_\_\_ Autres Noms: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  Années  Mois  
Sexe:  Masculin  Féminin Numéro de Téléphone (Patient/Famille): \_\_\_\_\_ Propriétaire du Téléphone: \_\_\_\_\_

Etat du patient au moment de la collecte d'information:  Vivant  Décédé Si décédé, Date du Décès: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

### Lieu de Résidence Permanente:

Nom du Chef de Famille: \_\_\_\_\_ Village/Ville: \_\_\_\_\_ Préfecture: \_\_\_\_\_  
Pays de Résidence: \_\_\_\_\_ Région: \_\_\_\_\_ Sous-Préfecture: \_\_\_\_\_

### Occupation:

Planteur/Eleveur  Boucher  Chasseur/Vendeur de viande de brousse  Mineur  Chef religieux  
 Ménagère  Etudiant  Enfant  Médecin traditionnel  
 Commerçant; type de commerce: \_\_\_\_\_  Transporteur; type de transport: \_\_\_\_\_  
 Personnel de santé; position: \_\_\_\_\_ nom du centre médical: \_\_\_\_\_  
 Autre; précisez le métier: \_\_\_\_\_

### Endroit où le Patient est Tombé Malade:

Village/Ville: \_\_\_\_\_ Préfecture: \_\_\_\_\_ Sous-Préfecture: \_\_\_\_\_  
Coordonnées GPS de la maison: Latitude: \_\_\_\_\_ Longitude: \_\_\_\_\_  
Si ce n'est pas la résidence permanente, Dates de résidence dans cet endroit: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

## Section 2. Signes Cliniques et Symptômes

Date de début des signes et symptômes: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

Cochez tous les signes et symptômes observés ou ressentis entre la date de début de la maladie et la date de notification:

Fièvre  Oui  Non  Inc  
Si oui, Temp: \_\_\_° C Mesure:  Creux Axillaire  Bouche  Rectale  
Nausées / Vomissements  Oui  Non  Inc  
Diarrhées  Oui  Non  Inc  
Fatigue générale intense  Oui  Non  Inc  
Perte d'appétit / anorexie  Oui  Non  Inc  
Douleurs abdominales  Oui  Non  Inc  
Douleurs thoraciques  Oui  Non  Inc  
Douleurs musculaires  Oui  Non  Inc  
Douleurs articulaires  Oui  Non  Inc  
Céphalées  Oui  Non  Inc  
Toux  Oui  Non  Inc  
Difficultés à respirer  Oui  Non  Inc  
Difficultés à avaler  Oui  Non  Inc  
Mal à la gorge  Oui  Non  Inc  
Ictère (conjonctives/gencives/peau)  Oui  Non  Inc  
Conjonctivite (œil rouge)  Oui  Non  Inc  
Eruptions cutanées  Oui  Non  Inc  
Hoquet  Oui  Non  Inc  
Douleurs retro-orbitaires/photophobie  Oui  Non  Inc  
Coma / perte de conscience  Oui  Non  Inc  
Confusion ou désorientation  Oui  Non  Inc

Saignements  Oui  Non  Inc

### Si Oui:

Saignements des gencives  Oui  Non  Inc  
Saignements aux sites d'injections  Oui  Non  Inc  
Saignements du nez (épistaxis)  Oui  Non  Inc  
Selles rouges ou noires (mélénas)  Oui  Non  Inc  
Vomissements sanglants (hématémèses)  Oui  Non  Inc  
Vomissement noirâtre (vomito negro)  Oui  Non  Inc  
Toux sanglante (hémoptysie)  Oui  Non  Inc  
Saignements vaginaux,  
en dehors des règles  Oui  Non  Inc  
Hématomes / Pétéchies / purpura  Oui  Non  Inc  
Sang dans les urines (hématurie)  Oui  Non  Inc

Autres signes hémorragiques  Oui  Non  Inc  
Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Autres signes cliniques non-hémorragiques:  Oui  Non  Inc

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

## Section 3. Informations sur l'hospitalisation

Au moment de cette notification, le malade est-il déjà hospitalisé ou en cours d'admission à l'hôpital?  Oui  Non

Si oui, Date d'hospitalisation: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A) Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_

Village/Ville: \_\_\_\_\_ Préfecture: \_\_\_\_\_ Sous-Préfecture: \_\_\_\_\_

Le malade est-il en isolement/en cours d'isolement?  Oui  Non Si oui, Date d'isolement: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (J, M, A)

Le malade était-il hospitalisé ailleurs ou a visité un centre de soins pour la maladie actuelle?  Oui  Non  Inc

Si oui, veuillez compléter une ligne ci-dessous pour chacune des hospitalisations précédentes:

Dates d'hospitalisation	Nom du centre médical	Village	Préfecture	Le patient était-il en isolement?
___/___/___ - ___/___/___ (J, M, A)				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
___/___/___ - ___/___/___ (J, M, A)				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Section 4. Epidémiologie / Facteurs d'expositions

### PENDANT LE MOIS PRÉCÉDENT LE DÉBUT DES SYMPTÔMES:

1. Il y a-t-il eu contacts avec un malade Ebola, connu/suspect, ou simplement avec une personne malade?  Oui  Non  Inc

*Si oui, veuillez compléter une ligne ci-dessous pour chacun des malades pouvant être une source de contamination:*

Nom du malade potentiel	Lien de parenté	Date(s) du contact (J, M, A)	Village	Préfecture	Est-ce-que la personne était vivante ou décédée ?	Types de contact**
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée, Date: __/__/__ (J, M, A)	
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée, Date: __/__/__ (J, M, A)	
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Vivante <input type="checkbox"/> Décédée, Date: __/__/__ (J, M, A)	

**\*\*Type de contact:**  
(indiquez 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

2. Est-ce-que le patient a participé à des funérailles avant la maladie actuelle?  Oui  Non  Inc

*Si oui, veuillez compléter une ligne ci-dessous pour chacune des participations à un enterrement:*

Nom de la personne décédée	Lien de parenté	Dates de participation aux funérailles (J, M, A)	Village	Préfecture	Avez-vous porté ou touché le corps?
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		__/__/__ - __/__/__			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Le patient a-t-il voyagé en dehors de chez lui ou de son village/ville avant la maladie actuelle?  Oui  Non  Inc

*Si oui, Village: \_\_\_\_\_ Préfecture: \_\_\_\_\_ Date(s): \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_ (J, M, A)*

4. Le patient a-t-il été hospitalisé, a-t-il consulté dans un hôpital ou visité quelqu'un hospitalisé avant la maladie actuelle?  Oui  Non  Inc

*Si oui, Nom du patient: \_\_\_\_\_ Date(s): \_\_/\_\_/\_\_ - \_\_/\_\_/\_\_ (J, M, A)*

*Nom du Centre Médical: \_\_\_\_\_ Village: \_\_\_\_\_ Préfecture: \_\_\_\_\_*

5. Le patient a-t-il consulté un médecin traditionnel avant la maladie actuelle?  Oui  Non  Inc

*Si oui, Nom du Médecin: \_\_\_\_\_ Village: \_\_\_\_\_ Préfecture: \_\_\_\_\_ Date: \_\_/\_\_/\_\_ (J, M, A)*

6. Le patient a-t-il eu un contact direct (chasse, touché, mangé) avec des animaux ou de la viande crue avant de tomber malade?  Oui  Non  Inc

*Si oui, cochez les cases nécessaires:*

**Animal:**

- Chauve-souris (ou excréments de)  
 Singes  
 Rongeurs (ou excréments de)  
 Cochons  
 Volaille ou oiseaux sauvages  
 Vaches, chèvres, ou moutons  
 Autres; précisez: \_\_\_\_\_

**Status (check one only):**

- En bonne santé  Malade/Mort  
 En bonne santé  Malade/Mort

7. Est-ce-que le patient a eu une piqûre de tique dans les 2 dernières semaines?  Oui  Non  Inc

## Section 5. Prélèvements Biologiques pour le Laboratoire

**Mode de prélèvements et d'envoi :**

- Identifier le tube: nom, date de prélèvement et le numéro d'identification du malade
- Envoyer les échantillons avec réfrigération, and emballés correctement.
- Prélever le sang complet dans un tube EDTA (bouchon violet) tube – si non disponible, bouchon vert (héparine) ou rouge (sans anticoagulant) sont acceptables
- **Volume demandé = 4ml** (volume minimum = 2ml)

*Est-ce qu'un prélèvement a déjà été soumis pour ce malade?  Oui  Non*

**Prélèvement 1:**

*Ne pas remplir*

**Prélèvement 2:**

*Ne pas remplir*

Date du prélèvement: \_\_/\_\_/\_\_ (J, M, A)

Date du prélèvement: \_\_/\_\_/\_\_ (J, M, A)

Type de prélèvement:

Type de prélèvement:

- Sang complet  
 Ponction cardiaque (*post-mortem*)  
 Biopsie de peau  
 Autre prélèvement, précisez: \_\_\_\_\_

- Sang complet  
 Ponction cardiaque (*post-mortem*)  
 Biopsie de peau  
 Autre prélèvement, précisez: \_\_\_\_\_

## Section 6. Fiche de notification complétée par:

Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Rôle: \_\_\_\_\_ District: \_\_\_\_\_ Centre médical: \_\_\_\_\_

Informations fournies par  Patient  Représentant; *Si représentant*, Nom: \_\_\_\_\_ Lien de parenté: \_\_\_\_\_

Nom du Patient:

Numéro Identification du Patient:

**\*\* Si le patient est décédé ou est déjà convalescent ou guéri, veuillez remplir la section suivante.**

**\*\* Si le malade va être admis à l'hôpital, ne complétez pas la section suivante, (ce sera fait lors de la sortie)**

## Section 7. Statut final du patient

Veuillez remplir cette section lorsque le patient est guéri et sort de l'hôpital ou lors de son décès.

Date à laquelle les informations sont rapportées: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

Statut final du patient:  Vivant  Décédé

Est-ce que le patient a eu des signes hémorragiques inexpliqués pendant la durée de la maladie?  Oui  Non  Inc

Si oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

### Si le malade est guéri et sort de l'hôpital:

Nom de l'hôpital: \_\_\_\_\_ Préfecture: \_\_\_\_\_

Si le malade était en isolement, date de sortie de la zone d'isolement: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

Date de sortie de l'hôpital: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

### Si le malade est décédé:

Date du décès: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A)

Lieu du décès:  Domicile  Hôpital: \_\_\_\_\_  Ailleurs: \_\_\_\_\_

Village: \_\_\_\_\_ Préfecture: \_\_\_\_\_ Sous-Préfecture: \_\_\_\_\_

Date des funérailles: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (J, M, A) Funérailles organisées par:  Famille/communauté  Equipe d'enterrement

Lieu des funérailles/enterrement:

Village: \_\_\_\_\_ Préfecture: \_\_\_\_\_ Sous-Préfecture: \_\_\_\_\_

Veuillez cocher une réponse pour tous les signes et symptômes, indiquant s'ils ont été trouvés ou non pendant toute la durée de la maladie (en tenant compte également de la période d'hospitalisation):

Fièvre  Oui  Non  Inc

Si oui, Temp: \_\_\_\_° C Mesure:  Creux Axillaire  Bouche  Rectale

Nausées / Vomissements  Oui  Non  Inc

Diarrhées  Oui  Non  Inc

Fatigue générale intense  Oui  Non  Inc

Perte d'appétit / Anorexie  Oui  Non  Inc

Douleurs abdominales  Oui  Non  Inc

Douleurs thoraciques  Oui  Non  Inc

Douleurs musculaires  Oui  Non  Inc

Douleurs articulaires  Oui  Non  Inc

Céphalées  Oui  Non  Inc

Toux  Oui  Non  Inc

Difficultés à respirer  Oui  Non  Inc

Difficultés à avaler  Oui  Non  Inc

Mal à la gorge  Oui  Non  Inc

Ictère (conjonctives/gencives/peau)  Oui  Non  Inc

Conjonctivite (œil rouge)  Oui  Non  Inc

Eruptions cutanées  Oui  Non  Inc

Hoquet  Oui  Non  Inc

Douleurs retro-orbitaires/photophobie  Oui  Non  Inc

Coma / perte de conscience  Oui  Non  Inc

Confusion ou désorientation  Oui  Non  Inc

Autres signes ou symptômes cliniques non hémorragiques:  Oui  Non  Inc

Si oui, Veuillez précisez: \_\_\_\_\_