

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: \_\_\_\_\_