

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: \_\_\_\_\_