

CHAPITRE 7 - ANNEXES

Annexe 5. Fiche d'investigation et de notification de cas d'Ebola ou de Marburg

Date de détection du cas ___/___/___

Numéro d'identification du cas: _____

Cas notifié par (cocher la case et préciser) :

Equipe mobile, n° _____

Centre de santé _____

Hôpital _____

Autres: _____

Fiche remplie par (nom et prénom) _____

Information transmise par (nom et prénom) _____

Lien de parenté avec le patient _____

Identité du patient

Nom _____ Postnoms _____ Surnom _____

Fils/fille de (nom père/mère) _____ Prénoms _____

Date de naissance ___/___/___ Age (ans) _____ Sexe M F

Résidence habituelle: Chef de Famille (nom et prénom) _____

Village/Quartier de résidence _____ District _____

Coordonnées GPS domicile : Latitude _____ Longitude _____

Nationalité : _____ Groupe ethnique : _____

Profession du patient (cocher la case qui convient et ajouter les détails si nécessaire)

Planteur Ménagère Enfant Chasseur/Marchand de viande de brousse

Personnel de santé, préciser : Structure sanitaire _____ Qualification _____

Mineur/Orpailleur _____ date de début des activités minières : _____

Élève/Étudiant Autres (à préciser) _____

Statut du patient

Etat du patient à la détection Vivant Décédé

Si décédé, date du décès ___/___/___

Lieu du décès: Communauté, nom village/quartier _____ District _____

Hôpital, nom et service _____ District _____

Lieu de l'enterrement, nom village/quartier _____ District _____

Histoire de la maladie

Date de début des symptômes ___/___/___

Nom du village où le patient est tombé malade _____ District _____

Est-ce que le patient s'est déplacé pendant la maladie Oui Non NSP

Si oui, remplir la liste indiquant les villages, structures sanitaires et districts:

Village _____ Structure sanitaire _____ District _____

Village _____ Structure sanitaire _____ District _____

Village _____ Structure sanitaire _____ District _____

Clinique

Est-ce que le patient présente ou a présenté un des symptômes suivants (cocher tout ce qui convient)

Le patient a-t-il eu de la fièvre? Oui Non NSP

Si oui, date de début de la fièvre: ___/___/___

Est-ce que le patient présente ou a présenté un des symptômes suivants (cocher les cases qui correspondent et ajouter des détails si nécessaire) :

- céphalées Oui Non NSP
- diarrhée Oui Non NSP
- coliques abdominales Oui Non NSP

CHAPITRE 7 - ANNEXES

• vomissements	Oui	Non	NSP
• fatigue intense	Oui	Non	NSP
• anorexie	Oui	Non	NSP
• douleurs musculaires	Oui	Non	NSP
• difficulté d'avaler	Oui	Non	NSP
• difficulté de respirer	Oui	Non	NSP
• toux intense	Oui	Non	NSP
• éruptions cutanées	Oui	Non	NSP
• saignements aux points d'injection	Oui	Non	NSP
• saignements des gencives (gingivorragie)	Oui	Non	NSP
• saignements des yeux (injection conjonctivale)	Oui	Non	NSP
• selles noirâtres ou avec du sang (méléna)	Oui	Non	NSP
• sang dans les vomissures (hématémèse)	Oui	Non	NSP
• saignement du nez (épistaxis)	Oui	Non	NSP
• saignement vaginal autre que les règles.	Oui	Non	NSP

Risques d'exposition

- Le patient a-t-il été en contact avec un **cas suspect** pendant les 3 dernières semaines avant le début des symptômes ? Oui Non NSP

Si oui, préciser: Nom _____ Prénom _____

Au moment du contact, le cas suspect était vivant ou décédé, date du décès __/__/__

Date du dernier contact avec le cas __/__/__

- Le patient a-t-il été **hospitalisé** ou a-t-il rendu visite à un proche hospitalisé pendant les 3 dernières semaines avant le début des symptômes ? Oui Non NSP

Si oui, où _____ Entre (dates) __/__/__ - __/__/__

- Le patient a-t-il rendu visite à/consulté un **guérisseur/tradipraticien** pendant les 3 dernières semaines avant le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, Nom: _____ Village _____ District _____

Quand et où la visite a-t-elle eu lieu ? Lieu _____ Date : __/__/__

Le patient a-t-il reçu un traitement traditionnel ? Oui Non NSP

Si oui, expliquer quel type de traitement traditionnel : _____

- Le patient a-t-il assisté à des **funérailles** pendant les 3 dernières semaines avant le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, Nom et Prénom du défunt : _____

- Le patient a-t-il été en contact avec un **animal** sauvage pendant les 3 dernières semaines avant le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, Type d'animal _____ Localisation _____ Date __/__/__

- Le patient a-t-il travaillé ou s'est-il rendu dans une **mine/grotte habitée par des colonies de chauves-souris** pendant les 3 dernières semaines avant le début des symptômes ?

Oui Non NSP

Si oui, Nom de la mine _____ Localisation _____ Date __/__/__

- Le patient a-t-il **voyagé** pendant les 3 dernières semaines avant le début des symptômes?

Oui Non NSP

Si oui, préciser le lieu _____ et les dates __/__/__ à __/__/__

CHAPITRE 7 - ANNEXES

Prélèvement d'un échantillon

Question à l'attention de l'équipe d'investigation : après avoir fourni une information claire et complète au patient (ou par défaut à sa famille) avez-vous obtenu le consentement exprès et/ou éclairé de celui-ci pour collecter des prélèvements?

Oui Non NSP

• Prélèvement effectué? Oui Non NSP
Si oui, Date ___/___/___ Prise de sang Urine Salive Biopsie Selles

Transfert du patient à l'hôpital

A remplir SEULEMENT par les équipes mobiles et les centres de santé

Le patient a-t-il été transféré à l'hôpital? Oui Non

Mise à jour de l'information fournie par le service d'isolement

A remplir SEULEMENT par l'Hôpital OU par le bureau de surveillance

Le patient a-t-il été hospitalisé en isolement ? Oui Non
Si oui, Nom de l'hôpital _____ Date d'hospitalisation ___/___/___

Membre(s) de la famille auprès du malade, Nom et Prénom _____

Date de sortie ___/___/___ OU Date de décès ___/___/___

Données du laboratoire

L'échantillon testé a été pris sur : Malade Convalescent Après le décès
Date prise ___/___/___ Date résultats reçus ___/___/___ ID Lab _____

Type de prélèvement Sang sur tube sec Sang sur anti-coagulants
Adénopathie Selles / Urine
Salive Biopsie
Autre, à préciser _____

Résultats	Détection d'antigène	pos	neg	NA	Date	___/___/___
	Sérologie IgM	pos	neg	NA	Date	___/___/___
	Sérologie IgG	pos	neg	NA	Date	___/___/___
	RT- PCR	pos	neg	NA	Date	___/___/___
	Culture du virus	pos	neg	NA	Date	___/___/___
	Immunohistochimie	pos	neg	NA	Date	___/___/___
	Immunofluorescence	pos	neg	NA	Date	___/___/___

Issue (à vérifier 4 semaines après la date de début des symptômes)

Vivant Décédé
si décédé, date du décès ___/___/___

Classification finale du Cas (cocher la case qui convient)

Suspect

Probable

Confirmé

Pas un cas