

**Questionnaire d’évaluation des cas suspects d’infection à virus Ebola en vue de leur classement, 9 novembre 2015**

|  |
| --- |
| **Investigateur InVS (si questionnaire rempli à l’InVS)** |

**Nom de la personne ayant réalisé l’investigation** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de l’investigation /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

**Personne ayant contacté l’InVS (si questionnaire rempli à l’InVS)**

**Nom de la personne**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institution (ARS, SAMU…) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médecin prenant en charge le cas**

**Nom de la personne**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institution (SAMU, Centre Hospitalier…) / Service : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Patient**  |

**NOM**………………………………………………… **Prénom** …………………………………

Numéro de téléphone : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Personne interrogée** :

🞏 Le patient 🞏 Un membre de la famille ou de l’entourage 🞏 Le médecin en charge

Si le patient n’est pas la personne interrogée, quelle en est la raison ? (patient inconscient, barrière de la langue, patient mineur, etc…) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Age ou date de naissance du patient /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Nationalité …………………………………………………

|  |
| --- |
| 1. **Provenance d’une zone à risque de contamination Ebola**
 |

* **Date de retour/d’arrivée du cas suspect en France** ? /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/
* **Dates et lieux fréquentés au cours de 21 jours avant le début des signes**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lieu d’exposition** | **Date arrivée** | **Date de départ** |
| 🞏 République de Guinée, préciser districts, communes\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 🞏 Sierra Leone, préciser districts, communes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 🞏 Libéria, préciser districts, communes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 🞏 Nigéria, préciser districts, communes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 🞏 République démocratique du Congo, province de l’Equateur, préciser districts, communes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 🞏 District de Bamako, Mali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 🞏 Autre pays, préciser pays, districts, communes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Présence d’une fièvre au moment de l’appel**
 |

**Fièvre ≥ 38°C 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP**

Si oui, température max : \_\_\_\_\_\_\_\_

Si oui, date de début de la fièvre /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

|  |
| --- |
| 1. **Examen clinique**
 |

**Date de début des signes** /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Hospitalisation** 🞏 oui 🞏non

**Date d’hospitalisation** /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Si oui, préciser hôpital et service si différent des coordonnées de ceux du médecin en charge

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Symptômes** | **Oui/non/NSP** | **Date de début** | **Encore présent O/N** |
| Maux de tête | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Douleurs musculaires  | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Douleurs articulaires | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Asthénie  | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Anorexie  | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Vomissements | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Diarrhée | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Douleurs abdominales | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Hémorragies, si oui précisez la zone anatomique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Eruption cutanée | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Toux | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Hoquet | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Dyspnée | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Difficulté déglutition | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Conjonctivite | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Syndrome méningé | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Confusion | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |
| Autres, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_ |

**Signes cliniques**

Fréquence respiratoire ……………../mn

Fréquence cardiaque……………../mn

TA ………………

**Examens biologiques réalisés avant le signalement** ? 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP

Hémoglobine : ……………..….…. g/100ml

Globules blancs : …………...…….cellules/ml

Poly neutrophiles : ………………..cellules/ml

Lymphocytes : ………………...…..cellules/ml

Créatininémie (préciser unités)  ……………………

Transaminases (préciser valeurs normales)…………………………………….

Recherche paludisme : 🞏 positif 🞏 négatif 🞏 non réalisé

**Traitement prophylactique contre le paludisme** pendant le séjour dans la zone à risque (molécule) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **Recherche des expositions à risque**
 |

* **Le patient a-t-il eu un contact direct dans la zone à risque avec une personne malade en dehors du contexte de soins ? (contact direct, contact avec fluides biologiques ou des vêtements ou du linge de la personne malade, partager le même toit)**

🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP

 Si oui, cette personne avait-elle un tableau clinique compatible avec une infection à virus Ebola ?

🞏 oui 🞏non 🞏 NSP

Si oui, précisez les symptômes : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Le diagnostic d’infection à virus Ebola  a-t-il été confirmé biologiquement chez cette personne?

🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP

Date du dernier contact avec une personne infectée (ou suspectée d’infection) par le virus Ebola  /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

* **Le patient est-il un professionnel de santé ?** 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 - Si oui, tradipraticien, médecin ou infirmier, sage-femme, aide-soignant, (paramédical) 🞏 oui 🞏non 🞏 NSP

 - Biologiste/ technicien de laboratoire 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 - Autre soignant ( brancardier, etc)

🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Si oui, préciser\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* préciser le pays, le district et nom de l’établissement d’exercice du professionnel de santé dans les 21 jours précédents la date de début des signes : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Prise en charge de/ contact direct avec patients avec un tableau clinique compatible avec une infection à virus Ebola  ou de leurs échantillons cliniques ?

🞏 oui 🞏non 🞏 NSP

* **Le patient a-t-il été hospitalisé ou a-t-il consulté pour une autre affection dans les 21 jours précédant le début de ses symptômes dans un hôpital de la zone à risque où des cas d’infection ou de suspicion d’infection par le virus Ebola ont été pris en charge ?**

🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP

 Si oui, pour quel motif ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 précisez hôpital et service ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 précisez pays, et district pour la Guinée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dates d’hospitalisation : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ au /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

 Réalisation de gestes invasifs 🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP

* **Le patient a -t-il reçu des soins d’un tradipraticien dans la zone à risque dans les 21 jours précédant le début des signes ?**

🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP

Si oui, préciser le district et la localité où exerce le tradipraticien :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si oui, préciser les soins effectués \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Le patient a-t-il rendu visite à quelqu’un dans un hôpital de la zone à risque où des cas d’infection ou de suspicion d’infection par le virus Ebola ont été pris en charge ?**

🞏 oui 🞏 non 🞏 NSP

Si oui,Dans quel hôpital (nom et lieu) et service, et à quelle date (dernière date) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Si oui, motif d’hospitalisation de la personne visitée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Participation à des funérailles dans la zone à risque ?** 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Si oui, portage du corps du défunt ? 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Participation aux soins post-mortem ? 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Participé à l’inhumation ? 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Date des funérailles  /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Lieu des funérailles \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contexte du décès (brutale après maladies fébrile, compatible avec une infection à virus Ebola ?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Manipulation ou consommation de viande issue de la chasse  dans la zone à risque ?**  🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Si oui, préciser la ou les espèces animales consommées \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Viande consommée crue ou peu cuite 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Viande manipulée à mains nues 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

* **Contact direct avec des animaux sauvages** (vivant ou mort, dans la zone à risque)

🞏 oui 🞏non 🞏NSP

Si oui, rongeurs 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Chauves-souris 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Antilopes de la forêt 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Singes ou autre primate non humain 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

Autre animal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 oui 🞏non 🞏NSP

 Date du dernier contact /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Lieu du dernier contact \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Travail dans un laboratoire de recherche disposant du virus, ou utilisant des primates non humains ou des chauves-souris ?**

🞏 oui 🞏non 🞏NSP

* **Rapports sexuels** (protégés ou non) avec une personne guérie d’une infection à virus Ebola ,

🞏 oui 🞏non 🞏 NSP

Si oui, préciser la date du dernier rapport sexuel avec cette personne : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

* **La zone épidémique étant aussi une zone à risque de fièvre de Lassa, afin de permettre au CNR de considérer ce diagnostic différentiel en cas signes évocateurs et de négativité pour l’infection à Ebola, merci de préciser si le patient a séjourné en brousse dans les 21 jours avant le début des signes ?**

🞏 oui 🞏non 🞏NSP

Si oui, dans quel pays et quelle région ? ……………………………………….

**Commentaires**

**Classification du cas :**

🞏 Cas possible

🞏 Cas exclu

Nom de la personne de l’InVS avec laquelle le classement a été discuté et acté :

……………………………………………………………………………………………………….

**Classification DEFINITIVE du cas possible** : (après rendu des résultats CNR)

🞏 Cas confirmé

🞏 Cas exclu