



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES CAS SUSPECTS D'INFECTION À VIRUS EBOLA, 25 AOÛT 2014

Investigateur InVS

Nom de la personne ayant réalisé l'investigation : _____

Téléphone / _____ / email : _____

Institution : _____

Date de l'investigation / _____ /

Personne ayant contacté 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 réanimé, barrière de la langue, patient mineur, etc...) : _____

Age ou date de naissance du patient _____

Nationalité _____

Symptômes et signes cliniques du cas suspect

Date de début des signes / _____ /

Hospitalisation oui non NSP

Date d'hospitalisation / _____ /

Si oui, préciser hôpital et service si différent des coordonnées du signalant _____

Symptômes	Oui/non/NSP	Date de début	Encore présent O/N
Fièvre >38,5°C	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
Si oui, max _____			
Maux de tête	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
Asthénie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
Anorexie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
Vomissements	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
Diarrhée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
Hémorragies, si oui précisez	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /	
la zone anatomique			

Eruption cutanée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /
Toux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /
Hoquet	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /
Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /
Difficulté déglutition	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /
Conjonctivite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /
Méningite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /
Encéphalite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /
Autres, préciser : _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NSP	/ _____ /

Examens biologiques réalisés avant le signalement et résultats ?

- _____

- _____

- _____

- _____

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

Expositions à risque

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
<input type="checkbox"/> République de Guinée, préciser districts, communes		
<input type="checkbox"/> Sierra Leone, préciser districts, communes: _____		

<input type="checkbox"/> Libéria, préciser districts, communes _____ _____		
<input type="checkbox"/> Nigéria, préciser districts, communes _____ _____		
<input type="checkbox"/> République démocratique du Congo, province de l'équateur, préciser district _____ _____		
<input type="checkbox"/> Autre pays, préciser pays, districts, communes _____ _____		

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

- Si oui, 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 _____

- Prise en charge de/ contact direct avec patients avec un tableau clinique compatible avec une FHV ou de leurs échantillons cliniques ?

oui non NSP

Le patient a-t-il été hospitalisé 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 ? _____

Dans quel hôpital et service ? _____

Dates d'hospitalisation : / _____ / au / _____ /

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 :

Le patient a-t-il eu un contact direct ou indirect dans la zone à risque avec une personne malade en dehors du contexte de soins ? (contact direct, contact avec 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 FHV ??

oui non NSP

Si oui, précisez les symptômes : _____

Le diagnostic de FHV a été confirmé biologiquement chez cette personne?

oui non NSP

Date du dernier contact avec une personne infectée (ou suspectée d'infection) par FHV / _____ /

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 FHV?)

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

Rapports sexuels (protégés ou non) avec une personne atteinte de FHV ou guérie après un tableau clinique compatible d'une FHV, dans les 10 semaines après le début des signes de la personne

oui non NSP

Commentaires

Classification du cas :

Numéro du cas / _____ /

- Cas possible *
- Cas exclu

*la classification définitive du cas comme cas possible doit être validée avec le CNR FHV

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

- Cas confirmé
- Cas exclu