

Fiche d'investigation de notification de cas d'Ebola ou de Marburg

 Date de détection du cas ___/___/___
 Cas notifié par (cocher la case et préciser)

Numéro d'identification du Cas: _____
 Date de réception: ___/___/___

 Equipe mobile, no _____
 Hôpital _____

 Centre de Santé _____
 Autres: _____

 Fiche remplie par (nom et prénom) _____
 Information transmise par (nom et prénom) _____
 Lien de parenté avec le patient _____

Identité du patient

 Surnom _____
 Nom _____ Postnoms _____ Prénoms _____
 Fils/fille de (nom père/mère) _____
 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)
 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 sanitaire 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) :

 Reference: World Health Organization. (2014). Ebola and Marburg virus disease epidemics: preparedness, alert, control, and evaluation, Interim version 1.2. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/130160>

- | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| • Céphalées | <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 |
| • Coliques abdominales | <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 |
| • Fatigue intense | <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 |
| • Douleurs musculaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Difficulté d'avaler | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Difficulté de respirer | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Toux intense | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Eruptions cutanées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Saignements aux points d'injection | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Saignements des gencives (gingivorragie) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Saignements des yeux (injection conjonctivale) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Selles noirâtres ou avec du sang (méléna) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Sang dans les vomissures (hématémèse) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Saignement du nez (épistaxis) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| • Saignement vaginal autre que les règles | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> 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 été **hospitalisé** ou a visité 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 visité/consulté un **guérisseur/tradipraticien** pendant 3 dernières semaines avant le début des symptômes? Oui Non NSP

Si oui, Nom: _____ Village _____ District _____

Quand et Où la visite a 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 visité ou travaillé 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 _____ entre (dates) ___/___/___ - ___/___/___
 _____ entre (dates) ___/___/___ - ___/___/___

Prélèvement d'un échantillon

- 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 Equipes mobiles et les Centres de Santé

Est-ce que le patient a 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

Est-ce que le patient a 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 ___/___/___ IDLab _____

Type de prélèvement Sang sur tube sec Sang sur avec anti-coagulants

Adénopathie Selles / Urine

Salive Biopsie

Autre, à préciser _____

Résultats	Détection d'antigène	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> NA	date	___/___/___
	Sérologie IgM	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> NA	date	___/___/___
	Sérologie IgG	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> NA	date	___/___/___
	RT- PCR	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> NA	date	___/___/___
	Culture du virus	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> NA	date	___/___/___
	Immunohistochimie	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> NA	date	___/___/___
	Immunofluorescence	<input type="checkbox"/> pos	<input type="checkbox"/> neg	<input type="checkbox"/> NA	date	___/___/___

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

Vivant Décédé

Reference: World Health Organization. (2014). Ebola and Marburg virus disease epidemics: preparedness, alert, control, and evaluation, Interim version 1.2. World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/130160>

si décédé, date du décès ___/___/___

Classification finale du Cas (*cocher la case qui convient*)

Suspect

Probable

Confirmé

Pas un cas