**T0 - Questionnaire initial d’investigation– page 1**

Date : [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_] Organisation/institution : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enquêteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Section 1 : Informations du patient**

Nom complet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro IDENTIFICATION**:** [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe à la naissance: □ Homme □ Femme

Date de naissance: [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_]

ou âge estimé : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] ans ou [\_\_\_][\_\_\_] mois ou [\_\_\_][\_\_\_] jours

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si l’activité professionnelle implique une structure de santé, indiquer son nom et sa localisation :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse de résidence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niveau admin 1\*(préfecture) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Niveau admin 2\* (département) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Niveau admin 3\* (commune) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Niveau admin 4\* (quartier) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Latitude GPS de la résidence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Longitude GPS de la résidence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Section 2 : Informations médicales**

**La maladie**

Date de début des premiers symptômes : [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_]

Pour cet épisode, date du premier contact avec les services de santé : [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_]

Hospitalisation? : □ Non □ Oui, préciser nom de la structure \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evolution (entourer) : toujours malade / guéri(e) / guéri(e) avec séquelles / perdu(e) de vue / décédé(e)

Date de la guérison, de la perte de vue ou du décès : [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_]

**Symptômes** rapportés par le patient(cocher les symptômes confirmés) :

□ Fièvre / frissons □ Maux de gorge □ Nausée/vomissements

□ Faiblesse générale □ Toux non-productive □ Douleurs : *□ thoraciques □ abdominales*

□ Malaise □ Toux productive *□ articulaires □ musculaires*

□ Irritabilité/Confusion □ Perte d’appétit □ Photophobie

□ Céphalées □ Diarrhée

□ Autres symptômes, spécifier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signes** présentslors de la présentation (cocher les signes confirmés)

□ Exsudat pharyngé □ Rate palpable □ Convulsions

□ Injection conjonctivale □ Eruption cutanée □ Coma

□ Œdème du visage/du cou □ Ictère □ Raideur de la nuque

□ Yeux enfoncés / pli cutané □ Lymphadénopathies, □ Saignements : *□ Bouche* *□ Vagin*

□ Défense abdominale distribution : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *□ Rectum □ Crachat □ Urine*

□ Foie palpable □ Œdème des membres inférieurs *□ Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

□ Autres signes, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fréquence cardiaque (par min) : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] TA (mmHg) : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] systolique [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] diastolique

Fréquence respiratoire (par min) : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] Saturation en O2 (%) : [\_\_\_][\_\_\_]

Température : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] Temps de recoloration cutanée > 3 sec □ Non □ Oui

Mesure du Périmètre Brachial : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] mm

**Comorbidités et facteurs sous-jacents** (Cocher si présence)

□ Grossesse □ Post-partum (< 6 semaines), date d’accouchement : [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_]

□ Malnutrition □ Immunodéficience

□ Maladie aiguë ou maladie chronique associée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Autre, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Section 3 : Expositions et voyages 3 SEMAINES AVANT LE DEBUT DES PREMIERS SYMPTÔMES**

Connaissez-vous **quelqu’un** présentant des symptômes similaires ? □ Non □ Oui, préciser :

Date du dernier contact Lien avec le patient Lieu d’interaction

[\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous participé à des **rassemblements** de personnes ? □ Non □ Oui, préciser :

Date : [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_] Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_] Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous effectué des **déplacements/voyages** en dehors de votre zone résidentielle ? □ Non □ Oui préciser :

Date : [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_]Lieu/endroit : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : [\_D\_][\_D\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_][\_Y\_]Lieu/endroit : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous reçu des soins □ **d’un guérisseur** et/ou □ **autre traitement ?** □ Non □ Oui, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous eu un contact direct avec un **animal mort ou malade ?** □ Non □ Oui, préciser :

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

Avez-vous d’autres informations concernant les **animaux** ou **insectes**autour de vous ?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Suspectez-vous des **produits alimentaires ou boissons** comme cause potentielle de la maladie ? □ Non □ Oui, préciser :

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

**Autres informations** à partager ? (produits toxiques, médicaments trafiqués, risque environnemental,…) ? □ Non □ Oui, préciser : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Section 4 : Laboratoire**

Nom du laboratoire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu/ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous pris des antibiotiques avant le prélèvement ? □ Oui □ Non □ Ne sait pas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ID Echantillon | Date prélèvement | Test effectué | Résultat et pathogène identifié |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Protéinurie □ Oui □ Non □ ND CRP : \_\_\_\_\_\_🞎mg/L *or* 🞎nmol/L Bilirubine totale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_ µmol/L

Hématurie □ Oui □ Non □ ND Potassium : \_\_\_\_\_\_\_\_mEq/L Créatinine : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎μmol/L *or* 🞎mg/dL

Hémoglobine : \_\_\_\_\_\_\_🞎g/L *or*🞎g/dL ALAT/SGPT : \_\_\_\_\_\_\_U/L Urée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎mmol/L *or*🞎mg/dL

Total globules blancs : \_\_\_\_\_\_\_🞎x109/L *or*🞎x103/µ LASAT/SGOT: \_\_\_\_\_\_\_U/L Créatine kinase : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_U/L

Plaquettes : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎x109/L *or* 🞎x103/μL Lactate : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_🞎mmol/L *or* 🞎mg/dLOther

Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Maladie(s) suspectée(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**