

Questionnaire en cas de suspicion de maladie à virus Ebola

Pour le personnel sans formation médicale

Attention! N'envoyez pas de données personnelles par e-mail. Utilisez le courrier ordinaire[County Medical Officer](#) and [WHO](#) update information about spread of Ebola virus disease (EVD)**Nom:** **Prénom:****Date de naissance:** **Genre:****Coordonnées (Hôtel, groupe, Téléphone/ adresse électronique):**

SYMPTÔMES

Fièvre Oui No Inconnu
Si oui indiquer la température ?Vomissements Oui No InconnuDouleurs musculaires Oui No InconnuFaiblesse Oui No InconnuSaignements du nez ou de la bouche,
Dans le vomi ou dans les selles,
urine de couleur foncée ou sanglante? Oui No Inconnu

Date du premier symptôme? (JJ/MM/AAAA)

Uniquement pour les participants ayant voyagé dans des pays atteints par la maladie à virus Ebola.A rencontré une personne malade
avec les symptômes suivants: vomissements,
diarrhée ou saignements au cours
des 3 dernières semaines? Oui No InconnuA rencontré une personne décédée au cours
des 3 dernières semaines? Oui No InconnuA participé à un enterrement au cours
des 3 dernières semaines? Oui No Inconnu