

**Questionnaire en vue d'un entretien en cas de suspicion de maladie à virus Ebola  
Prévu pour être utilisé par du personnel médical.****Attention! N'envoyez pas de données personnelles par e-mail. Utilisez le courrier ordinaire.**

Date de l'entretien

Lieu:

N° carte identité/ passeport:

Nationalité:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Age:

Sexe:

Adresse en cas de suspicion d'exposition à la maladie:

Profession:

[County Medical Officer](#) and [WHO](#) update information about spread of Ebola virus disease (EVD)**RISQUE D'EXPOSITION**

Est-ce que le patient a été en contact avec un cas Ebola, qu'il soit suspect ou confirmé, au cours des 3 dernières semaines avant de tomber malade?

 Oui No Inconnu

Est-ce que le patient était à l'hôpital ou avait-il/elle rendu visite à quelqu'un à l'hôpital au cours des 3 dernières semaines avant de tomber malade?

 Oui No Inconnu

Est-ce que le patient a rencontré un employé du secteur médical ou un soigneur traditionnel au cours des 3 dernières semaines avant de tomber malade?

 Oui No Inconnu

Est-ce que le patient a participé à un enterrement au cours des 3 dernières semaines avant de tomber malade?

 Oui No Inconnu

Est-ce que le patient a été en contact avec un animal sauvage au cours des 3 dernières semaines avant de tomber malade?

 Oui No Inconnu

Pays visité(s) au cours des 21 jours précédant le premier symptôme:

**État de santé**

État de santé actuel:

**Anamnèse**

Est-ce que le patient a l'un des symptômes suivants? (cocher les symptômes actuels)

Est-ce que le patient a eu de la fièvre?  Oui  No  Inconnu

Si oui, quelle était la température mesurée?

Date des premiers symptômes? (JJ/MM/AAAA):

**SYMPTÔMES**Céphalées  Oui  No  InconnuDiarrhée  Oui  No  InconnuMal de gorge  Oui  No  InconnuDouleurs abdominales  Oui  No  InconnuVomissements  Oui  No  InconnuInertie/ fatigue  Oui  No  InconnuDégoût de la nourriture  Oui  No  InconnuDouleurs musculaires  Oui  No  InconnuDifficultés de respiration  Oui  No  InconnuDifficultés de déglutition  Oui  No  InconnuToux intense  Oui  No  InconnuHoquet  Oui  No  InconnuÉruptions cutanées  Oui  No  InconnuSaignements à l'endroit de l'injection  Oui  No  InconnuGencive saignante (gingivite)  Oui  No  InconnuSaignements oculaires  
(rougeurs conjonctivales)  Oui  No  Inconnu

Selles de couleur foncée ou saignante (méléna)  Oui  No  Inconnu

---

Saignements du nez (épistaxis)  Oui  No  Inconnu

---

Vomissements saignants (hématémèse)  Oui  No  Inconnu

**Analyses de laboratoire**

Est-ce que des prélèvements ont été effectués? Résultat?