



**QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES CAS SUSPECTS D'INFECTION A VIRUS
EBOLA EN VUE DE LEUR CLASSEMENT, 20 OCTOBRE 2014**

Investigateur InVS (si questionnaire rempli à l'InVS)

Nom de la personne ayant réalisé l'investigation : _____

Téléphone / _____ / email : _____

Institution : _____

Date de l'investigation / _____ /

Personne ayant contacté l'InVS (si questionnaire rempli à 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 inconscient, barrière de la langue, patient mineur, etc...) : _____

Age ou date de naissance du patient / _____ /

Nationalité

1-Provenance d'une zone à risque de contamination Ebola

- **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'Equateur, préciser districts, communes _____		
<input type="checkbox"/> Autre pays, préciser pays, districts, communes _____		

2-Présence d'une fièvre au moment de l'appel

Fièvre ≥ 38 °C oui non NSP

Si oui, température max : _____

Si oui, date de début de la fièvre /_____/_____/_____/

3-Examen clinique

Date de début des signes /_____/_____/_____/

Hospitalisation oui non

Date d'hospitalisation /_____/_____/_____/

Si oui, préciser hôpital et service si différent des coordonnées de ceux du médecin en charge

Symptômes	Oui/non/NSP	Date de début	Encore présent O/N
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 oui non NSP / _____ / _____
 Douleurs abdominales oui non NSP / _____ / _____
 Hémorragies, si oui précisez oui non NSP / _____ / _____
 la zone anatomique

Eruption cutanée oui non NSP / _____ / _____
 Toux oui non NSP / _____ / _____
 Hoquet oui non NSP / _____ / _____
 Dyspnée oui non NSP / _____ / _____
 Difficulté déglutition oui non NSP / _____ / _____
 Conjonctivite oui non NSP / _____ / _____
 Syndrome méningé oui non NSP / _____ / _____
 Confusion oui non NSP / _____ / _____
 Autres, préciser : _____ oui non NSP / _____ / _____

Signes cliniques

Fréquence respiratoire/mn

Fréquence cardiaque...../mn

TA

Examens biologiques réalisés avant le signalement ? oui non NSP

Hémoglobine : g/100ml

Globules blancs :cellules/ml

Poly neutrophiles :cellules/ml

Lymphocytes :cellules/ml

Créatininémie (préciser unités)

Transaminases (préciser valeurs normales).....

Recherche paludisme : positif négatif non réalisé

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

4-Recherche des expositions à risque

- **Le patient a-t-il eu un contact direct dans la zone à risque avec une personne malade en dehors du contexte de soins ? (contact direct, contact avec fluides biologiques ou 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 infection à virus Ebola ?

oui non NSP

Si oui, précisez les symptômes : _____

Le diagnostic d'infection à virus Ebola a-t-il été confirmé biologiquement chez cette personne?

oui non NSP

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

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

- Si oui, tradipraticien, 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 infection à virus Ebola ou de leurs échantillons cliniques ?

oui non NSP

- **Le patient a-t-il été hospitalisé ou a-t-il consulté 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 ? _____

précisez hôpital et service ? _____

précisez pays, et district pour la Guinée _____

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

Réalisation de gestes invasifs oui non NSP

- **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 :

- **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 infection à virus Ebola ?)

- **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

- **Travail dans un laboratoire de recherche disposant du virus, ou utilisant des primates non humains ou des chauves-souris ?**

oui non NSP

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

oui non NSP

- **La zone épidémique étant aussi une zone à risque de fièvre de Lassa, afin de permettre au CNR de considérer ce diagnostic différentiel en cas signes évocateurs et de négativité pour l'infection à Ebola, merci de préciser si le patient a séjourné en brousse dans les 21 jours avant le début des signes ?**

oui non NSP

Si oui, dans quel pays et quelle région ?

Commentaires

Classification du cas :

- Cas possible
- Cas exclu

Nom de la personne de l'InVS avec laquelle le classement a été discuté et acté :

.....

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

- Cas confirmé
- Cas exclu