|  |
| --- |
| Infection à Virus Ebola Questionnaire d’un SUJET CONTACT |
| *Ce questionnaire est destiné au sujet contact d’un cas confirmé ou d’un cas possible (= personne ayant présenté une (des) exposition(s) à risque d’infection virus Ebola avec le cas confirmé.*  *Si le sujet contact est un personnel de santé exerçant en établissement de santé, ne pas utiliser cette fiche mais la fiche spécifique pour les contacts hospitaliers* |
|  |
| Identifiant du sujet : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Identifiant du cas confirmé : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  *en lien avec le sujet (donnée InVS)* |
|  |
| **Enquêteur** : …………………………………..…………………………….. **Date du 1er entretien**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| |  | | --- | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **1. Identifiants et coordonnées utiles de la personne contact** |  | | | Nom : ……………………………………………………………………..…… Prénom : ................................................................. |  | | | Sexe : M ❑ F ❑ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ ou âge : |\_\_|\_\_| (années) |  | | | Adresse du domicile en France : ………………………………………………………………………………………………………  Commune :………………………………………………………………………….………………. Code Postal : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  Email : ………………………………………………………………. |  | | | Tel domicile : …………………….. Tel portable : ……….……………. Profession : …………………………………….…  Nationalité : …………………………………………. Interprète nécessaire  : oui ❑ non ❑ |  | | |  | | | | **Médecin traitant** : Nom : ……………………………… Prénom : …………………..…………… Tel : ……………………………  Adresse : ………………………………….….. Code Postal : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Commune : ………….………………………… | |  |  |  |  | | --- | --- | | **2. Terrain et antécédents médicaux du sujet contact de cas confirmé ou possible** |  | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Aucun antécédent Oui  Non  NSP | |  | | Pathologie chronique Oui  Non  NSP  Si oui, préciser : …………………………………………….. | |  | | Traitement anti-coagulant Oui  Non  NSP  Grossesse en cours Oui  Non  NSP | |  | | Autres Oui  Non  NSP  Si oui, précisez : ………………………………………………… | | | |  |  | | |  |  |  | | --- | | **3. Circonstances des contact(s) avec le cas confirmé ou possible** | | **Nature du lien avec le cas confirmé ou possible** | | Conjoint  Autre personne vivant sous le même toit  Personnel soignant non hospitalier (médecin traitant, infirmière, kiné, etc.), Si personnel hospitalier, remplir fiche spécifique  Voisins, collègues de travail  Co-voyageur, même groupe de voyage  avion : …… quel vol (destination, n°) ? …..…………………………………  bus  Autres, précisez : ………………………………………………………………  Autre lien, préciser : ………………………………………………………………………………………………………………. | | **Résidence, travail ou retour d’une zone affectée Ebola (Cf. site InVS)** | | |  | | | Oui  Non  NSP | | | Si Oui, Pays Date d’arrivée Date de départ N° de vol retour & aéroport d’arrivée  ……………………… \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ …………………………………………………..  ……………………… \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ ……………………………………………………. | |  |  | | --- | | **4. Chronologie et circonstances du (des) contact(s) avec le cas confirmé pour Ebola** | | 1. **Chronologie des contacts avec le cas confirmé pour Ebola** | | **J0** = date de début des signes du cas confirmé ou possible \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_*Cocher ci-dessous si contact à la date spécifiée* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **J0** | J1 | J2 | J3 | J4 | J5 | J6 | J7 | J8 | J9 | J10 | J11 | J12 | J13 | J14 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | J15 | J16 | J17 | J… | J… | J… | J… | J… | J… | J… | J… | J… | J… | J… | J… | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1. **Date et circonstance(s) des contacts avec le cas confirmé ou possible symptomatique pour Ebola** | | | | Dates des contacts | | Description des contacts avec le cas   (notamment existence ou non de mesures de protection) | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….  Protections individuelles 🞏oui 🞏 non . Si oui, préciser…………………………………………………….. |   **Niveau de risque des contacts retenu pour le suivi :  élevé  faible  très faible**   |  |  | | --- | --- | | *Niveau de risque* | *Type de contact* | | *Risque très faible* | *Contact non prolongé et sans notion de soins avec un patient fébrile, ambulatoire et capable de s’occuper de lui-même. Ex : sièges mitoyens dans les transports en commun (bus, métro), bureau d’accueil à l’hôpital, etc.* | | *Risque faible* | *Contact rapproché en face à face sans équipement de protection individuel avec un patient fébrile mais ambulatoire Exemple : examen clinique avec prise de température et mesure de la pression sanguine* | | *Risque élevé* | *Contact rapproché en face à face sans équipement de protection individuel avec un patient qui tousse ou vomit, saigne du nez ou présente de la diarrhée*  *Exposition cutanée, AES ou exposition muqueuse au sang, à un fluide corporel, à des tissus biologiques ou à des échantillons cliniques contaminés provenant d’un patient* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **5. Suivi de la personne-contact : apparition de signes cliniques évocateurs d’infection (depuis dernier contact avec le cas confirmé ou possible)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | * 1. **D0** = date du dernier contact avec un cas confirmé ou possible pour un sujet contact | | | | | | | | | | | | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | * 1. Nom de la personne en charge du suivi : ………………………….   2. Téléphone : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | | | | | | | | | | | | | **Le sujet a-t-il présenté un (ou plusieurs) des signes ou symptômes listés en infra du tableau ?**   * 1. Si oui, reportez les codes mentionnés en infra. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **D0** | D+1 | D+2 | D+3 | D+4 | D+5 | D+6 | D+7 | D+8 | D+9 | D+10 | D+11 | | D+12 | D+13 | D+14 | | Signes / symptômes\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | D+15 | D+16 | D+17 | D+18 | D+19 | D+20 | D+21 |  |  |  |  |  | |  |  |  | | Signes / symptômes\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | *\* Utiliser les codes suivants : RAS = rien à signaler ; F = fièvre ≥38,5°C ; As = asthénie / fatigue ; Ma = malaise ;  My = myalgies / courbatures ; Dh = diarrhée ; V = vomissements ; Da = douleurs abdominales ; Hem = signes hémorragiques, Au = autre signe.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. Classement du sujet contact d’un cas confirmé ou possible** | |
| **Date du classement**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | **Cas possible**  Absence de signes cliniques évocateurs |
|  | |
| **Si classement en cas possible**, noter ici le numéro du cas possible attribué par l’InVS : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|    ***Si classement en cas possible****:* ***Compléter le questionnaire d’investigation dès***  *l’apparition de signes / symptômes évocateurs d’infection à Ebola* | |
|  | |