|  |
| --- |
| Infection à Virus EbolaQuestionnaire 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 : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/
	3.
 |
| **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* |
|  |