

FORMULAIRE D'ENQUETE - Recensement des cas de fièvre hémorragique

Numéro de terrain marqué sur le tube :	N° Laboratoire :	Signature enquêteur :
--	------------------	-----------------------

IDENTIFICATION			
Adresse du patient :		Contact du patient ou tuteur :	
Région :	Préfecture :	District/Quartier :	Sous-Préfecture :
Prénoms et Noms :		Age :	Sexe :
Profession :			

NOTIFICATION ENQUETE	
Cas notifié par :	Contact :

HISTOIRE DE LA MALADIE			
Date début de la maladie :		Hospitalisé 1=O, 2=N ____	
Fièvre 1=O ; 2=N ____		Si Oui, Date d'admission à l'hôpital :	
Vomissement 1=O ; 2=N ____		Districts visités par le patient au cours des 3 dernières semaines	
		1-----	
		2-----	
Diarrhée 1=O ; 2=N ____		Existe –t'il des cas suspects dans le district de résidence ou visités par le patient	
Asthénie physique 1=O ; 2=N ____		Oui Non	
Ictère 1=O ; 2=N ____		Avez-vous été en contact avec des personnes malades au cours des 3 dernières semaines	
Hémorragie 1=O ; 2=N ____ Préciser		Oui Non	
Autres signes (à spécifier)			
Traitement reçu (à lister)			
Décédé 1=O ; 2=N ____		Date de décès :	
ECHANTILLON DE SANG			
Date de prélèvement :		Date de réception au labo :	
Heure de prélèvement :		heure de réception au labo :	