



MINISTÈRE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE



DIRECTION DE LA PREVENTION

FICHE TECHNIQUE EBOLA N° 2

CONDUITE A TENIR DANS LE CADRE DE LA SURVEILLANCE DE LA MALADIE A VIRUS EBOLA

Vous voudriez bien notifier dans le cadre de la surveillance de la fièvre hémorragique à virus Ebola qui sévit dans la sous-région, **tout cas suspect** qui répond à la définition suivante :

Toute personne qui a séjourné en zone d'épidémie dans les 42 jours précédents le début de la maladie;
OU

Toute personne qui a été en contact avec une (ou des) personne(s) provenant d'une zone d'épidémie dans les 42 jours précédents le début de la maladie ;

Et

Qui se présente avec de la fièvre et des hémorragies comme des saignements des gencives, du nez, des conjonctives injectées, des taches rouges sur le corps, des selles sanglantes et/ou un mélaena (selles noirâtres), ou des vomissements de sang (hématémèse).

OU

Décède suite à un tableau de **fièvre et des hémorragies** comme des saignements des gencives, du nez, des conjonctives injectées, des taches rouges sur le corps, des selles sanglantes et/ou un mélaena (selles noirâtres), ou des vomissements de sang (hématémèse).

Remarque : Tout "sujet contact"¹ présentant au moins un des signes énumérés sur la fiche de suivi de contact (cf. fiche n°4) est considéré comme un cas suspect.

Devant une personne qui présente ce tableau, la conduite à tenir est la suivante :

1. Procéder à l'identification complète du malade,
2. **Isoler le malade** et désinfecter à l'eau de javel ses objets personnels,
3. Toutes les personnes qui avaient un contact physique avec lui doivent se laver les mains avec de l'eau, du savon et une désinfection par solution hydro-alcoolique,
4. Communiquer avec son entourage sur les mesures d'hygiène et comportementales requises,
5. Contacter immédiatement le Médecin Chef District ou le médecin responsable de la zone,
6. Le Médecin Chef de district ou le médecin responsable de la zone, après vérification des informations sur le niveau de risque (notion de voyage ou de contact avec une personne venant d'une zone à risque dans les 42 jours précédents les signes; contact avec d'autres cas suspects...) et validation du cas, prendra immédiatement l'attache du SAMU national (1515, 77 740 93 43, 77 253 97 73 ou 77 253 97 70) qui procèdera au prélèvement s'il a une équipe technique sur place, ou dans le cas contraire diligentera le dit acte.

Merci d'accorder l'attention requise à toutes les étapes énumérées dans cette fiche

¹ **PS** : On rappelle qu'un **sujet contact** est toute personne n'ayant pas de symptômes mais qui a été en contact physique avec un cas ou avec les liquides physiologiques d'un cas au cours des trois dernières semaines. Le contact est toute personne qui a partagé la même chambre ou le même lit, ou a soigné le malade, ou touché ses liquides physiologiques, ou participé de manière rapprochée à l'enterrement en touchant le corps

Procédure d'envoi d'un échantillon sanguin à l'Institut Pasteur de Dakar pour suspicion d'infection par le virus Ebola

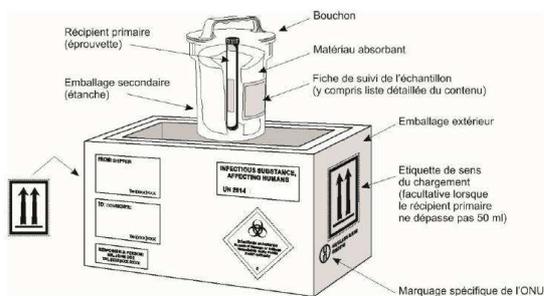
Pour tous les cas de suspicion de fièvres hémorragiques à virus Ebola (cf définition de cas), les échantillons qui doivent être envoyés à l'Institut Pasteur de Dakar pour analyses pourront être réceptionnés à l'Institut Pasteur de Dakar du lundi au dimanche 24h/24h.

Toutefois, le SAMU devra appeler au préalable l'Institut Pasteur de Dakar (numéro dédié à l'alerte Ebola) pour informer de l'envoi, et convenir d'une heure de réception.

Conditions d'envoi

Tout envoi d'échantillons à l'Institut Pasteur de Dakar devra respecter les conditions suivantes:

- Prélever le sang dans deux tubes (un tube sec de 10 ml et un tube EDTA de 10 ml)
- Emballage avec « **un triple emballage** » (le tube (1^{er} emballage) doit être emballé dans un sachet avec un tissu absorbant, puis ce sachet sera mis dans un pot bien fermé (2^{ème} emballage), et enfin ce pot sera mis dans un carton ou une glacière (3^{ème} emballage).
- Les boîtes UN 2814 de la société Emball Infor (www.emballinfor) peuvent être utilisées. Toutefois un autre type d'emballage (exemples : glacière, carton, ...) peut être accepté pourvu que le triple emballage soit respecté.
- Acheminer les prélèvements de façon sécurisée en respectant **la chaîne de froid (+4°C), après accord obtenu par téléphone de l'IPD (77 270 77 93)**



- Adresser les échantillons à :

Unité des Arbovirus et virus des Fièvres Hémorragiques
Institut Pasteur de Dakar
36 Avenue Pasteur. Dakar

- Le **nom**, et les **coordonnées de l'expéditeur** (y compris un numéro de mobile) doivent figurer lisiblement sur l'extérieur du paquet et ne pas risquer de s'effacer.
- Le colis devra également être accompagné d'**une fiche clinique** dûment renseignée par un médecin ou personnel de santé (voir fiche) accessible sans ouvrir l'emballage

Attention : tout prélèvement ne respectant ces conditions ne sera pas traité.

Unité des arbovirus et virus des fièvres hémorragiques

Fiche clinique accompagnant un échantillon de sang pour mise en évidence du virus Ebola

Numéro de terrain marqué sur le tube : N° IPD :

IDENTIFICATION

Prénoms et Noms : Sexe : Homme Femme

Date de naissance : Profession :

Adresse du patient : Contact (Tel) du patient ou tuteur :

Région : District : Localité :

Le patient a-t'il été en Guinée, au Libéria, ou en Sierra Leone au cours des 3 dernières semaines ? Oui Non

Le patient a-t'il été en contact avec des personnes provenant de Guinée, Libéria, ou Sierra Leone ? Oui Non

Le patient a-t'il été en contact avec un cas suspect ou confirmé d'Ebola ? Oui Non

HOSPITALISATION : Patient hospitalisé : Oui Non

Si Oui, Date d'admission à l'hôpital : date de sortie :

CLINIQUE : Date de début des signes :

Fièvre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hémorragies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Température :	saignement des gencives	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Vomissements ou Nausées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	conjonctives injectées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diarrhée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	pétéchies / purpura	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Fatigue intense	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	sang noir dans les selles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ictère	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	vomissements de sang	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Myalgies / arthralgies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	saignements du nez	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Céphalées	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres (à préciser)
Difficultés respiratoires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Difficultés à la déglutition	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Hoquets	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Douleurs abdominales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres signes (à spécifier)			
Traitement reçu (à lister)			
Décédé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> :		si oui : Date de décès :	

ECHANTILLON DE SANG

Date de prélèvement :	Date de réception à l'IPD :	Résultat
Heure de prélèvement :	Heure de réception à l'IPD :	

IDENTIFICATION MEDECIN :

Nom du médecin : Contact (Tel) :

Nom de l'établissement : Contact (Tel) :

Contacter en cas de besoin l'IPD au 77 270 77 93