



Procédure de prélèvement et d'envoi d'un échantillon sanguin à IPD pour suspicion d'infection à virus Ebola

Odile Ouwe Missi Oukem-Boyer
CERMES, Niamey, Niger

Que fait le site?

Information

- Le médecin contacte la DRSP
- Le SPIS de la DRSP contacte la DSRE

Rappel: le gouverneur est le président du Comité Régional de Gestion des Epidémies (CRGE)

Prise en charge

- Le cas suspect est isolé
- Le médecin contacte l'équipe mobile régionale et prévient l'équipe du Pr Eric
- Transfert du cas suspect vers le site de prise en charge régional
- Prise en charge (incluant)
 - Remplissage de la fiche clinique (médecin)
 - Prélèvement d'un tube Sec + 1 tube EDTA (préleveur)
 - Avion/Véhicule pour ramener la boîte contenant le prélèvement à la DSRE



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

Numéro de terrain marqué sur les tubes : N° CCOMS :

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/ Libéria/ Sierra Leone / Nigéria au cours des 3 dernières semaines ? Oui Non

Le patient a-t'il été en contact avec des personnes provenant de Guinée/Libéria/Sierra Leone /Nigéria ? 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 au CCOMS:	Résultat
Heure de prélèvement :	Heure de réception au CCOMS:	

IDENTIFICATION MEDECIN :

Nom du médecin : Contact (Tel) :

Nom de l'établissement : Contact (Tel) :

Fiche clinique



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

Numéro de terrain marqué sur les tubes :

N° CCOMS :

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/ Libéria/ Sierra Leone / Nigéria au cours des 3 dernières semaines ?

Oui

Non

Le patient a-t'il été en contact avec des personnes provenant de Guinée/Libéria/Sierra Leone /Nigéria ?

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 au CCOMS:	Résultat
Heure de prélèvement :	Heure de réception au CCOMS:	

IDENTIFICATION MEDECIN :

Nom du médecin : Contact (Tel) :

Nom de l'établissement : Contact (Tel) :

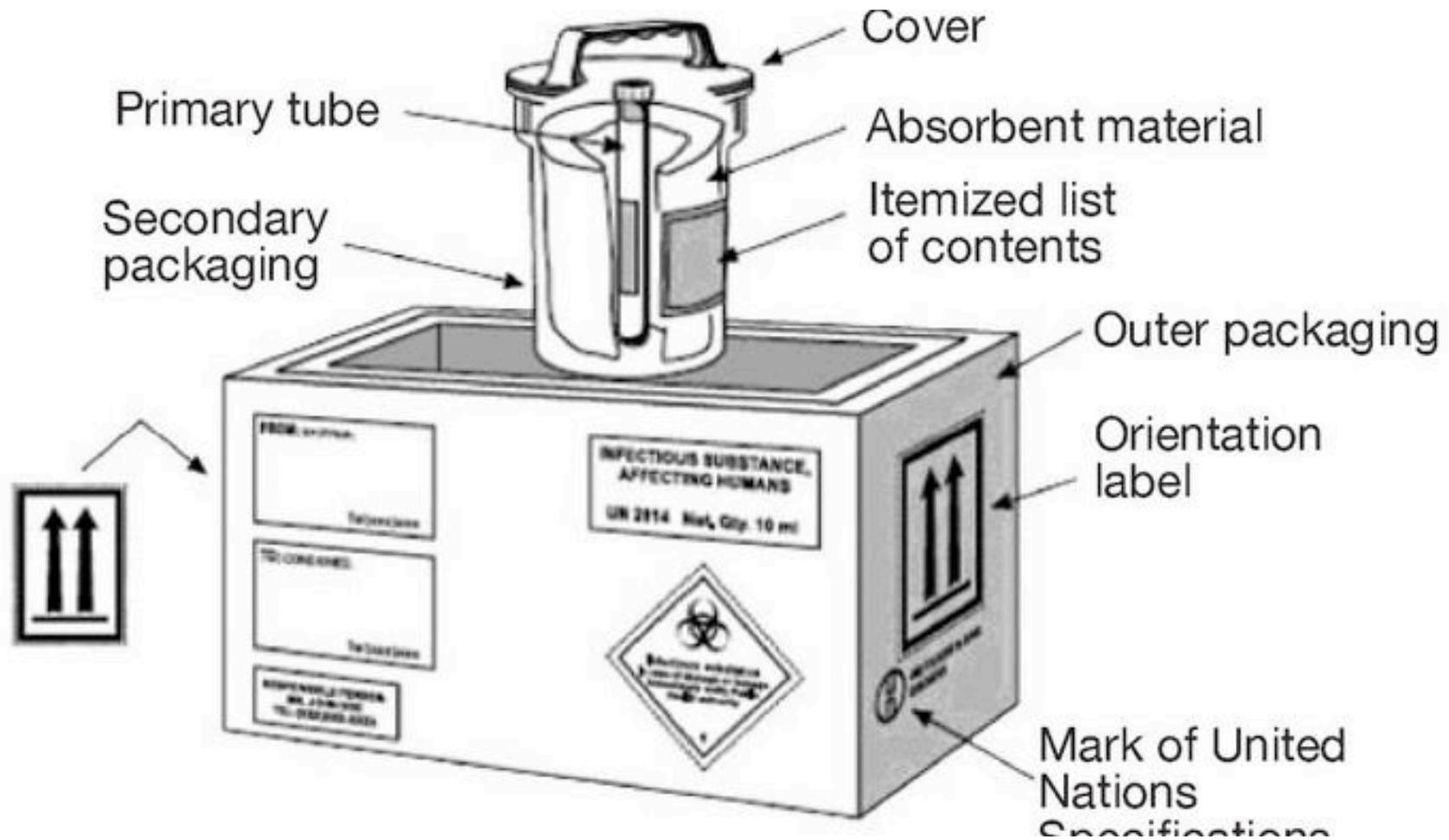
Prélèvement sanguin

(Voir présentation spécifique sur Vacutainer®)





Triple Emballage



Pochette plastique pour fiche clinique



Emballages Primaires, secondaire, tertiaire



Acheminement échantillons dans boîte de transport à Niamey



Pendant ce temps, que fait la DSRE?

- Contacte le CERMES (Dr Odile, Fati, Dr Jean-Paul)
- Prévient l'OMS-Niger (Dr Soga)
- Prévient Pr Eric Adéhossi



Que fait le CERMES?

- Vérifie l'emballage
- Assiste la DSRE en cas de besoin
- Assiste Pr Eric en cas de besoin

Envoi des échantillons

- via DHL vers
 - CCOMS Afrique IPD
 - CNR FHV à Lyon



Centre Collaborateur OMS Afrique

Dr Amadou Sall

Institut Pasteur de Dakar

**Unité des Arbovirus et virus des Fièvres
Hémorragiques**

Institut Pasteur de Dakar

36 Avenue Pasteur.

Dakar, Sénégal



IInni

Centre National de Référence FHV

Dr Sylvain Baize

Institut Pasteur

**Unité de Biologie des Infections Virales
Emergentes**

CNR des Fièvres Hémorragiques Virales

26 Avenue Tony Garnier.

69365 Lyon Cedex 07



Contacts téléphoniques

- **DSRE**
 - Dr Kadadé Goumbi 96 58 69 94 ou 80 98 43 94
 - Dr Alkassoum 90 63 01 47
- **CERMES**
 - Odile Ouwe Missi Oukem 90 01 32 52 et/ou
 - Fati Sidikou 91 66 70 59 ou 94 64 51 56 et/ou
 - Jean-Paul Moulia-Pelat 99 13 03 71
- **Pr Eric Adéhossi : 99 18 00 15**

Je vous remercie



TIni

