

I. IDENTIFICATION DU CAS/ DETAILS DEMOGRAPHIQUES

Nom du patient: _____	Nom de l'hôpital: _____	Zone de Santé: _____
ID EPI:		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Profession du patient <input type="checkbox"/> Personnel de santé. Préciser: _____ <input type="checkbox"/> Non personnel de santé-. Préciser: _____	
Date de naissance: (jj/ mm/ aaaa) ____/____/____	Si la date de naissance n'est pas disponible, indiquer l'âge en mois ou en année (<i>marquez avec une X dans l'un ou l'autre</i>): Age: _____ <input type="checkbox"/> Années <input type="checkbox"/> Mois	
Date d'admission: (jj/mm/aaaa) ____/____/____	Le patient a-t'il été transféré d'un autre centre de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu. Si oui, nom du centre de santé: _____	

II. SIGNES VITAUX AU TRIAGE

Fréquence cardiaque/Pouls (bpm): _____	Fréquence respiratoire (rr/min): _____	Température (°C): _____
PA (mmHg): _____ (systolique) _____ (diastolique)	Saturation O ₂ (%): _____	Etat de conscience: AVPU _____
Recoloration capillaire > 3 sec? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Poids (kg): _____ Taille déclarée (cm): _____	Périmètre brachial (MUAC) (cm) _____

III. DETAILS CLINIQUES (à l'admission)

Date de début des 1er symptômes (jj/mm/aaaa): ____/____/____	Pour une femme, est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Date d'admission dans une centre de traitement (jj/mm/aaaa): ____/____/____	Type de lit à l'admission ? <input type="checkbox"/> Salle d'hôpital <input type="checkbox"/> Soins Intensifs	
Comorbidités		
Tuberculose <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Tumeur/Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Asplénie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Insuffisance cardiaque chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Hépatites <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Maladie pulmonaire chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
VIH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Pathologie neurologique chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Si oui, sous TAR? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Autre, préciser _____	
Maladie hépatique chronique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Symptômes (sur présentation)		
Fièvre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Céphalée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Fatigue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Nausée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Difficulté respiratoire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Faiblesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Douleur articulaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Difficulté à avaler <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Malaise <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Hoquet <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Myalgie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Toux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Diarrhée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Anorexie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Si toux, expectorations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Vomissement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
(i.e. perte d'appétit)		Irritabilité / Confusion <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mal de gorge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu		
Signes (sur présentation)		
Erythème pharyngé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Gonflement des ganglions lymphatiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Exsudat pharyngé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Œdème extrémités inférieures <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
injection conjonctivale / saignement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Saignements <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Œdème du visage / cou <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Si oui, site de saignements: _____	
Abdomen sensible <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Nez <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Yeux enfoncés ou fontanelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Bouche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Signe du plis cutané <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Vagin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Foie palpable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Rectum <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Rate palpable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Crachat <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Eruption cutanée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Urine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Jaunisse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	Site IV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
	Autre, préciser _____	

IV. PRELEVEMENT DES ECHANTILLIONS ET RESULTATS

Prélèvement des échantillons réalisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Si oui, quels échantillons? <input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Frottis buccal, Autre _____		
Test Ebola	Date de prélèvement (jj/mm/aaa)	Résultat
TDR Ebola: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser: _____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> indéterminé

PCR Ebola (admission): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser _____	____/____/____	GP <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____	NP <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____	<input type="checkbox"/> indéterminé
PCR Ebola (Répétition 1) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	____/____/____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____	<input type="checkbox"/> indéterminé
PCR Ebola (Répétition 2) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	____/____/____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____	<input type="checkbox"/> indéterminé
PCR Ebola (Répétition) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	____/____/____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____	<input type="checkbox"/> indéterminé
RDT paludisme	____/____/____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> indéterminé		
Hémoculture	____/____/____	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. <input type="checkbox"/> indéterminé		

Le patient a-t'il été testé positif pour toute autre infection ? Oui Non Si oui, préciser : _____

Autres tests laboratoires cliniques effectués à l'admission (NR = non réalisé)

Hémoglobininurie Pos. Nég. NR Gaz du sang ND Artériel Veineux pH _____, pCO2 _____, PaO2 _____ HCO3 _____
 Protéinurie Pos. Nég. NR Thérapie O₂ au moment du gaz du sang (L/min) _____
 Hématurie Pos. Nég. NR

Tests laboratoires à l'admission ou jour d'hospitalisation 1 (JH1). (NR = non réalisé). Si le test répété, indiquer Oui ou Non.

	Admission / JH1	Répétition		Admission / JH1	Répétition
ALT/SGPT (U/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Glucose (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AST/SGOT (U/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lactate (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Créatinine (µmol/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Hémoglobine (g/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Potassium (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Total bilirubine (µmol/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Urée (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Num leucocytaire (x10 ⁹ /L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Créatinine kinase (U/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Plaquettes (x10 ⁹ /L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Calcium (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	PT	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sodium (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	aPTT (secondes)	<input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

V. Complications à tout moment. DD = date de début (jj/mm/aaaa)

Saignement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	DD ____/____/____	Coma (AVPU) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	DD ____/____/____
Choc <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	DD ____/____/____	Bactériémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	DD ____/____/____
Méningite* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	DD ____/____/____	Hyperglycémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	DD ____/____/____
Confusion <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	DD ____/____/____	Hypoglycémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	DD ____/____/____
Convulsions <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	DD ____/____/____	Autre, préciser _____	DD ____/____/____

*méningite définie soit cliniquement soit après ponction lombaire

VI. INFORMATION SUR LES TRAITEMENTS (inclure la dose initiale et de maintenance, et le passage à la thérapie orale)

Le patient a-t'il reçu un traitement antimicrobien / antiviral ? Oui Non

Type	Dose	Route	Fréquence	Date de début (jj/mm/aaaa)	Date de fin (jj/mm/aaaa)
Antibactérien: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser: _____		<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale		____/____/____	____/____/____
Antipaludéen: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser: _____		<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale		____/____/____	____/____/____
Autre Préciser: _____		<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale		____/____/____	____/____/____
Traitement expérimentale pour Ebola: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser: _____		<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale		____/____/____	____/____/____

Lors de son hospitalisation, le patient a-t'il reçu ?

Sels de Réhydratation Orale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Thérapie liquidienne IV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Type d'accès <input type="checkbox"/> Intra-osseux <input type="checkbox"/> PIV <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Pas d'accès
Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Thérapie Oxygène : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Ventilation mécanique invasive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Thérapie rénale de remplacement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vasopresseurs/inotropes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

VII. DETAILS DE SORTIE

Date de sortie / transfert vers un autre centre de santé / décès (jj/mm/aaaa): ____/____/____

Diagnostic final: Maladie Ebola Autre (préciser) _____

Issue à la sortie :

Rétablissement complet SANS séquelles au moment de la sortie

Rétablissement complet AVEC séquelles Si oui, préciser :: perte d'audition si enceinte, avortement spontané, complication oculaire
 fatigue intense arthralgie complications neurologiques, préciser _____, autre : _____

Décès

Transfert vers un autre centre de santé. Si oui lequel : _____

Parti contre avis médical

Sortie guérit (Survivant orienté vers séance de conseil et soutien)

Formulaire complété par: _____