

DATE (JJ/MM): ___/___ ANNEE 20__

Heure de l'examen (Heures : Minutes, format 24 heures)	<i>Matin</i> ___ : ___	<i>Après-midi</i> ___ : ___	<i>Soir</i> ___ : ___	Derniers résultats PCR Ebola <input type="checkbox"/> Non réalisé <input type="checkbox"/> GeneXpert <input type="checkbox"/> Autre : _____	Date (jj/mm/aaaa) ___/___/___	Résultat GP : <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____ NP : <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Nég. Ct : _____ <input type="checkbox"/> Indéterminé																																																										
Température (33 – 42 °C)	___ °C	___ °C	___ °C	Derniers résultats de laboratoire (NR = non réalisé)																																																												
Fréquence respiratoire (0-100)	___/mn	___/mn	___/mn	ALT/SGPT (U/L)	<input type="checkbox"/> NR	Glucose (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR																																																									
Fréquence cardiaque / pouls (30-200)	___/mn	___/mn	___/mn	AST/SGOT (U/L)	<input type="checkbox"/> NR	Lactate (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR																																																									
Pression artérielle systolique (50-200)	___ mmHg	___ mmHg	___ mmHg	Créatinine (µmol/L)	<input type="checkbox"/> NR	Hémoglobine (g/L)	<input type="checkbox"/> NR																																																									
Pression artérielle diastolique (20 – 200)	___ mmHg	___ mmHg	___ mmHg	Potassium (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR	Bilirubine totale (µmol/L)	<input type="checkbox"/> NR																																																									
SpO₂	___%	___%	___%	Urée (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR	Leucocytes (x 10 ⁹ /L)	<input type="checkbox"/> NR																																																									
Etat de conscience minimum <small>Alerte (A), Stimuli verbaux (V), Stimuli douloureux (P), Ne répond pas (U)</small>	A V P U	A V P U	A V P U	Créatinine kinase (U/L)	<input type="checkbox"/> NR	Plaquettes (x10 ⁹ /L)	<input type="checkbox"/> NR																																																									
Au cours de cette évaluation, présence de ? (entourer la réponse)				Calcium (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR	TP	<input type="checkbox"/> NR																																																									
Fatigue ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Sodium (mmol/L)	<input type="checkbox"/> NR	TCA (secondes)	<input type="checkbox"/> NR																																																									
Faiblesse ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Médicaments administrés ce jour																																																												
Douleurs musculaires ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Dose</th> <th>Voie</th> <th>Fréquence</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Antibiotiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifiez : <input type="checkbox"/> amoxicilline <input type="checkbox"/> ceftriaxone <input type="checkbox"/> cefixime <input type="checkbox"/> autres _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anti-paludéens : Précisez : <input type="checkbox"/> Artesunate <input type="checkbox"/> Arthemeter <input type="checkbox"/> Arthemeter/Lumefantrine / <input type="checkbox"/> Artesunate/Amodiaquine / <input type="checkbox"/> Autres :</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Traitement expérimental contre Ebola : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</td> <td colspan="3">Si oui : <input type="checkbox"/> ZMapp <input type="checkbox"/> Remdesivir (GS-5734) <input type="checkbox"/> REGN3470-3471-3479 <input type="checkbox"/> Favipiravir <input type="checkbox"/> mAb114</td> </tr> </tbody> </table>					Dose	Voie	Fréquence	Antibiotiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifiez : <input type="checkbox"/> amoxicilline <input type="checkbox"/> ceftriaxone <input type="checkbox"/> cefixime <input type="checkbox"/> autres _____		<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale		Anti-paludéens : Précisez : <input type="checkbox"/> Artesunate <input type="checkbox"/> Arthemeter <input type="checkbox"/> Arthemeter/Lumefantrine / <input type="checkbox"/> Artesunate/Amodiaquine / <input type="checkbox"/> Autres :		<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale		Traitement expérimental contre Ebola : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui : <input type="checkbox"/> ZMapp <input type="checkbox"/> Remdesivir (GS-5734) <input type="checkbox"/> REGN3470-3471-3479 <input type="checkbox"/> Favipiravir <input type="checkbox"/> mAb114																																											
	Dose	Voie	Fréquence																																																													
Antibiotiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifiez : <input type="checkbox"/> amoxicilline <input type="checkbox"/> ceftriaxone <input type="checkbox"/> cefixime <input type="checkbox"/> autres _____		<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale																																																														
Anti-paludéens : Précisez : <input type="checkbox"/> Artesunate <input type="checkbox"/> Arthemeter <input type="checkbox"/> Arthemeter/Lumefantrine / <input type="checkbox"/> Artesunate/Amodiaquine / <input type="checkbox"/> Autres :		<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> orale																																																														
Traitement expérimental contre Ebola : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui : <input type="checkbox"/> ZMapp <input type="checkbox"/> Remdesivir (GS-5734) <input type="checkbox"/> REGN3470-3471-3479 <input type="checkbox"/> Favipiravir <input type="checkbox"/> mAb114																																																															
Anorexie ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Le patient a t'il reçu ce jour ?																																																												
Maux de tête ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non	<table border="1"> <tr> <td>Liquides par voie orale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Précisez : <input type="checkbox"/> SRO : _____ mL <input type="checkbox"/> Eau : _____ mL <input type="checkbox"/> Autre : _____ & _____ mL</td> <td>Perfusion IV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Si oui, précisez : _____ mL <input type="checkbox"/> Ringer Lactate <input type="checkbox"/> Salé isotonique <input type="checkbox"/> Autres, Précisez _____</td> <td>Voie d'abord <input type="checkbox"/> Intra-osseux <input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Non précisé</td> </tr> <tr> <td>Signes de déshydratation ?²</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td>Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé</td> <td>Oxygène <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Si oui, précisez : _____ L/min par : <input type="checkbox"/> Sonde nasale <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> Masque avec réservoir</td> <td>Vasopresseurs/inotropes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé</td> </tr> <tr> <td>Signes de choc ?³</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td>Dialyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé</td> <td colspan="2">Ventilation mécanique invasive <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé</td> </tr> <tr> <td>Anurie ?⁴</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td colspan="4">Fiche remplie par : _____</td> </tr> <tr> <td>Désorientation ?</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Agitation ?</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Convulsions ?</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td>Oui Non</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>Statut du patient / groupe ⁵ (A, B, C, D, E – voir ci-contre)</td> <td>A B C D E</td> <td>A B C D E</td> <td>A B C D E</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>				Liquides par voie orale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Précisez : <input type="checkbox"/> SRO : _____ mL <input type="checkbox"/> Eau : _____ mL <input type="checkbox"/> Autre : _____ & _____ mL	Perfusion IV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Si oui, précisez : _____ mL <input type="checkbox"/> Ringer Lactate <input type="checkbox"/> Salé isotonique <input type="checkbox"/> Autres, Précisez _____	Voie d'abord <input type="checkbox"/> Intra-osseux <input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Non précisé	Signes de déshydratation ?²	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé	Oxygène <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Si oui, précisez : _____ L/min par : <input type="checkbox"/> Sonde nasale <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> Masque avec réservoir	Vasopresseurs/inotropes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé	Signes de choc ?³	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Dialyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé	Ventilation mécanique invasive <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé		Anurie ?⁴	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Fiche remplie par : _____				Désorientation ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non					Agitation ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non					Convulsions ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non					Statut du patient / groupe ⁵ (A, B, C, D, E – voir ci-contre)	A B C D E	A B C D E	A B C D E				
Liquides par voie orale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Précisez : <input type="checkbox"/> SRO : _____ mL <input type="checkbox"/> Eau : _____ mL <input type="checkbox"/> Autre : _____ & _____ mL	Perfusion IV <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Si oui, précisez : _____ mL <input type="checkbox"/> Ringer Lactate <input type="checkbox"/> Salé isotonique <input type="checkbox"/> Autres, Précisez _____	Voie d'abord <input type="checkbox"/> Intra-osseux <input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> Centrale <input type="checkbox"/> Non précisé																																																														
Signes de déshydratation ?²	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé	Oxygène <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé Si oui, précisez : _____ L/min par : <input type="checkbox"/> Sonde nasale <input type="checkbox"/> Masque <input type="checkbox"/> Masque avec réservoir	Vasopresseurs/inotropes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé																																																										
Signes de choc ?³	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Dialyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé	Ventilation mécanique invasive <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non précisé																																																											
Anurie ?⁴	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Fiche remplie par : _____																																																												
Désorientation ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non																																																													
Agitation ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non																																																													
Convulsions ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non																																																													
Statut du patient / groupe ⁵ (A, B, C, D, E – voir ci-contre)	A B C D E	A B C D E	A B C D E																																																													