

**FORMULAIRES STANDARDS POUR FIEVRES HEMORRAGIQUES**  
**L003HEFG01EF**

*Ces formulaires sont des exemples et doivent être adaptés au langage et au terrain*

## Définition de cas

A utiliser par les Agents de Santé et les Chefs de village

### ALERTE

Toute personne avec début soudain de fièvre élevé

**OU:** Saignement ou diarrhée rouge ou sang dans les urines

**OU:** Mort soudaine

**Si un cas alerte (vivant ou décédé) est identifié:**

Notifier une équipe mobile ou le centre de santé le plus proche

A utiliser par les Equipes Mobiles ou Centres de Santé

### SUSPECT

Toute personne, vivante ou décédée, avec:

Contact avec un cas de fièvre hémorragique\* ou toute sorte de contact avec un animal décédé ou malade\*\* et fièvre

**OU:** Fièvre et au moins 3 des symptômes suivants:

Maux de tête

Vomissements/nausées

Anorexie/perte de l'appétit

Diarrhée

Fatigue Intense

Douleurs abdominales

Douleurs musculaires ou articulaires

Difficultés à avaler

Difficultés à respirer

Hoquet

**OU:** Toute sorte de saignement inexplicable

**OU:** Tout décès inexplicable

**Quand un cas suspect est identifié**

*Si le sujet est vivant:*

1. Il faut expliquer au sujet qu'il doit être envoyé à l'hôpital pour recevoir les soins médicaux appropriés
2. Il faut notifier l'équipe de coordination pour transporter le patient
3. Il faut remplir la fiche avec la liste des contacts

*Si le sujet est décédé*

1. Il faut notifier l'équipe de coordination pour le ramassage des corps
2. Il faut remplir la fiche avec la liste des contacts

A utiliser au niveau hôpitaux/équipe de surveillance

**PROBABLE:** Cas suspect évalué par un clinicien

Décès suspect chez un patient avec lien épidémiologique avec un cas

**CONFIRME:** cas suspect ou probable avec un résultat de laboratoire positif

## Définition d'un sujet contact

### \* **CONTACT D'UN CAS HUMAIN**

Toute personne ayant été en contact avec un cas selon au moins une des modalités suivantes:

1. A dormi dans le même foyer que le cas dans les deux semaines précédant le début des symptômes
2. A eu un contact physique direct avec le cas (vivant ou décédé) pendant sa maladie
3. A touché les fluides corporels pendant sa maladie
4. A manipulé les vêtements ou linge du patient
5. A été allaité au sein

### \*\* **CONTACT D'UN ANIMAL DECEDE OU MALADE**

Toute personne ayant été en contact avec un animal décédé ou malade selon au moins une des modalités suivantes:

1. A touché
2. A manipulé
3. A dépecé
4. A touché le sang d'un animal
5. A mangé de la viande de brousse

**IDCas**

Date réception: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

## Fiche de Notification de Cas

Région Sanitaire \_\_\_\_\_ Département Sanitaire \_\_\_\_\_  
Zone Urbaine (Commune) \_\_\_\_\_

Date de détection du cas \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cas notifié par (cocher ce qui convient et spécifier)

Equipe mobile, no \_\_\_\_\_  Centre de Santé \_\_\_\_\_

Hôpital \_\_\_\_\_  Autres: \_\_\_\_\_

Fiche remplie par (nom et prénom) \_\_\_\_\_

Information transmise par (nom et prénom) \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec le patient \_\_\_\_\_

### Identité du patient

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Pour les bébés, fils/fille de (nom père) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Age (ans) \_\_\_\_\_ Sexe  M  F

Chef de Famille (nom et prénom) \_\_\_\_\_

Village/Quartier de résidence \_\_\_\_\_

GPS lat. \_\_\_\_\_ long. \_\_\_\_\_

Profession du patient (cocher ce qui convient)

Planteur  Ménagère  Chasseur/Marchand de viande sauvage  Enfant

Elève/Étudiant  Orpailleur \_\_\_\_\_  Autres \_\_\_\_\_

Personnel de santé, détails:

Structure Sanitaire \_\_\_\_\_ service \_\_\_\_\_ qualification \_\_\_\_\_

### Statut du patient

Etat du patient à la détection  Vivant  Décédé

Si décédé, date du décès \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Lieu du décès:  Communauté, nom village/quartier \_\_\_\_\_

Hôpital, nom et service: \_\_\_\_\_

### Signes cliniques

Date de début des symptômes \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom village où le patient est tombé malade \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Est-ce que le patient s'est déplacé pendant la maladie

Oui  Non  NSP

Si oui, remplir la liste:

Villages \_\_\_\_\_ Structures sanitaires \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMULAIRES STANDARDS POUR FIEVRES HEMORRAGIQUES**  
L003HEFG01EF

Le patient a-t-il eu de la **fièvre**?  Oui  Non  NSP

Si oui, date de début de la fièvre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Est-ce que le patient présente ou a présenté un des symptômes suivants (*cocher tout ce qui convient*)

- |                                      |                              |                              |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Maux de tête                         | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Vomissements/nausées                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Anorexie/perte de l'appétit          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Diarrhée                             | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Fatigue Intense                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Douleurs abdominales                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Douleurs musculaires ou articulaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Difficultés à avaler                 | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Difficultés à respirer               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Hoquet                               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Saignement gingival                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Saignement des yeux                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Saignement cutané                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Diarrhée sanguinolente ou noire      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Vomissement de sang                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Saignement de nez                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Saignement vaginal                   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |

**Risques d'exposition**

A le patient été hospitalisé ou visité un proche hospitalisé pendant les 3 semaines avant le début des symptômes?  Oui  Non  NSP

Si oui, où \_\_\_\_\_ entre (dates) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Voyagé pendant les 3 semaines avant le début des symptômes?

Oui  Non  NSP

Si oui,  Gabon où \_\_\_\_\_ entre (dates) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Congo où \_\_\_\_\_ entre (dates) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contact avec un patient suspect?  Oui  Non  NSP

Si oui, remplir l'information concernant ce dernier cas:

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ IDCas

Lien de parenté avec le patient \_\_\_\_\_

Chef de Famille (nom et prénom) \_\_\_\_\_ Village \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_

Au moment du contact, est-ce que le cas était  Vivant  Décédé

date du décès \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date du dernier contact avec le cas \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Contact avec un animal sauvage avec comportement anormal ou trouvé mort en brousse pendant les 3 semaines avant le début des symptômes? (*cocher tout ce qui convient*)

Oui  Non  NSP

FORMULAIRES STANDARDS POUR FIEVRES HEMORRAGIQUES

L003HEFG01EF

Si oui, date du dernier contact avec l'animal sauvage \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Localisation \_\_\_\_\_

A un prélèvement été effectué?  Oui  Non  NSP

Si oui, date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Type échantillon  Prise de sang  Biopsie cutanée

**A remplir SEULEMENT par les Equipes mobiles et les Centres de Santé**

Est-ce que le patient a été envoyé à l'hôpital?  Oui  Non

**A remplir SEULEMENT par l'Hôpital OU par le bureau de surveillance**

Est-ce que le patient a été hospitalisé en isolement  Oui  Non

Si oui, nom de l'Hôpital \_\_\_\_\_ No. de l'Hôpital \_\_\_\_\_

Date d'hospitalisation \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IDCas**

Date réception: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

### Informations médicales pour transfert vers une structure sanitaire

Date de détection du cas \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cas notifié par l'équipe mobile n° \_\_\_\_\_ par le Centre de Santé \_\_\_\_\_

Fiche remplie par (nom et prénom) \_\_\_\_\_

#### Identité du patient

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Age (ans) \_\_\_\_\_

Sexe  M  F

#### Signes cliniques

Date de début des symptômes \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Est-ce que le patient a (ou a eu) de la **fièvre**?  Oui  Non  NSP

Si oui, date de début de la fièvre: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Raisons cliniques pour suspecter ce patient :

---

---

---

---

#### Risques d'exposition

Contact avec un patient suspect ou confirmé, vivant ou décédé durant les 3 dernières semaines avant le début des symptômes?

Oui  Non  NSP

Si oui, remplir l'information concernant ce dernier cas:

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

IDCas

Type de contact : \_\_\_\_\_

Contact avec un animal suspect ou mort durant les 3 dernières semaines avant le début des symptômes?

Oui  Non  NSP

**IDCas**

Date réception: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Pays: \_\_\_\_\_

**Mis à jour de l'information fournie par le service d'isolement**

Membre de famille auprès du malade \_\_\_\_\_ Nom et Prénom \_\_\_\_\_  
Date de sortie \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ OU Date de décès \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Laboratoire**

L'échantillon testé a été pris  Avant le décès  Après le décès  
Date prise \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date résultats reçus \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDLab \_\_\_\_\_  
Type de prélèvement  Sang sur tube sec  Sang sur avec anti-coagulants  
 Biopsie de peau  Ponction cardiaque  
 autre, détailler \_\_\_\_\_

Résultats PCR  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Détection antigène  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Anticorps IgM  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Anticorps IgG  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

L'échantillon testé a été pris  Avant le décès  Après le décès  
Date prise \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date résultats reçus \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDLab \_\_\_\_\_  
Type de prélèvement  Sang sur tube sec  Sang sur avec anti-coagulants  
 Biopsie de peau  Ponction cardiaque  
 autre, détailler \_\_\_\_\_

Résultats PCR  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Détection antigène  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Anticorps IgM  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Anticorps IgG  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

L'échantillon testé a été pris  Avant le décès  Après le décès  
Date prise \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date résultats reçus \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDLab \_\_\_\_\_  
Type de prélèvement  Sang sur tube sec  Sang sur avec anti-coagulants  
 Biopsie de peau  Ponction cardiaque  
 autre, détailler \_\_\_\_\_

Résultats PCR  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Détection antigène  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Anticorps IgM  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Anticorps IgG  pos  neg  NA date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Issue** (vérifié 4 semaines après la date de début des symptômes)  Vivant  Décédé  
si décédé, date du décès \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FORMULAIRES STANDARDS POUR FIEVRES HEMORRAGIQUES  
L003HEFG01EF

1.1.1.1.1.1.1.1.1 Classification du Cas

Cas alerte    Suspect                       Probable     Confirmé                       Pas un cas

## Etapes d'habillage des vêtements de Protection

1 Porter une tenue chirurgicale comme 1<sup>ère</sup> couche de vêtement de protection

2 Enfiler les bottes de caoutchouc

3 Enfiler la 1<sup>ère</sup> paire de gants

4 Enfiler la casaque externe

5 Mettre le tablier en plastique

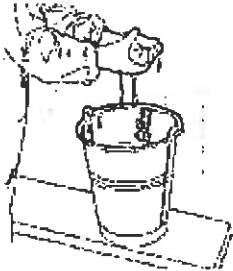








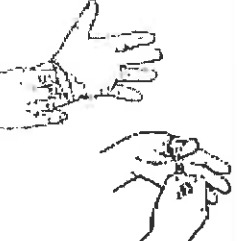


6 Enfiler la 2<sup>nd</sup>e paire de gants. Placer le bord des gants au dessus de la manche de la casaque

7 Mettre le masque

8 Mettre la cagoule

9 Mettre les lunettes de protection

## Etapes de déshabillage des vêtements de protection

	1	Désinfecter la paire de gants externe	7	Enlever les lunettes de protection	
	2	Désinfecter le tablier et les bottes	8	Enlever la cagoule	
	3	Enlever la paire de gants externe	9	Enlever le masque	
	4	Enlever le tablier	10	Enlever les bottes	
	5	Enlever la casaque	11	Enlever la paire de gants interne	
	6	Désinfecter les mains gantées	12	Laver les mains avec du savon et de l'eau propre	

**FORMULAIRES STANDARDS POUR FIEVRES HEMORRAGIQUES**  
L003HEFG01EF

**Formulaire de données cliniques**

JOUR D'HOSPITALISATION:	1 (Admit)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
<b>DATE:</b>															
<b>SIGNES VITAUX:</b>															
Température															
Pouls															
Fréquence respiratoire															
Pression sanguine															
<b>SYMPTOMES:</b>															
Asthénie	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Anorexie	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Céphalées	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Douleur Abdominale	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Diarrhée	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Nausée/Vomissement	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Mal de gorge	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Arthralgie/myalgie	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Mal de dos	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Douleur à la poitrine	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Toux	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Dyspnée	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Anurie	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
<b>SIGNES SANS SAIGNEMENT:</b>															
Tête: infection Conjonctive	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Peau: Rash	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Pulmonaire: Râles	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Cardiovasculaire: Oedème	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
G.I.: Sensibilité abdominale	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Hépatomégalie	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Splénomégalie	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Sensibilité du quart supérieur droit	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Neuro: Désorientation	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Hoquets	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Grossesse:	O/N														
<b>SIGNES HEMORRAGIQUES:</b>															
Gencives	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Epistaxis	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Selles sanglantes	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Hématémèse	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Sites d'Injection	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Hématome	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
Hémoptysie	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	O/N	
<b>REMARQUES CLINIQUES:</b>															
Date: / /															
Date: / /															
Date: / /															
Date: / /															
Date: / /															
Date: / /															
Date: / /															
Date: / /															
Date: / /															
<b>THERAPIE:</b>															
Réhydratation orale															
SRO															
Eau															
Médicaments oraux															
IV Fluides															
<b>TEST EBOLA:</b>	Date: / /	Positif <input type="checkbox"/>	Neg <input type="checkbox"/>												
<b>DEVENIR PATIENT:</b>	Sorti vivant (date): / /														

**FORMULAIRES STANDARDS POUR FIEVRES HEMORRAGIQUES**  
L003HEFG01EF

**Fiche pour la liste des contacts d'un Cas Humain**

Date reçue \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
 Région Sanitaire \_\_\_\_\_ Département Sanitaire \_\_\_\_\_

Date fiche remplie \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Contacts notifiés par  Equipe mobile, no \_\_\_\_\_  Centre de Santé \_\_\_\_\_  Hôpital \_\_\_\_\_  
 Fiche remplie par (nom et prénom) \_\_\_\_\_

**Les sujets inscrits sont des contacts de:**

- Cas suspect vivant  
 Service d'isolement, spécifier l'hôpital \_\_\_\_\_  
 Cas suspect décédé

**Identification du cas suspect**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ IDcas \_\_\_\_\_  
 Chef de famille \_\_\_\_\_ Village \_\_\_\_\_ Préfecture \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Nom	Prénom	date naissance	age (ans)	sexe (M/F)	relation avec le cas	chef de famille	Village	Département Sanitaire	date dernier contact avec le cas	circonstances du contact		types de contact préciser <sup>2</sup>
										préciser <sup>1</sup>		

<sup>1</sup> 1. Foyer - 2. Hôpital - 3. Funérailles - 4. Lieu de travail  
<sup>2</sup> 1. Dormi même foyer - 2. Contact physique direct - 3. Touché fluides corporels - 4. Manipulé vêtements/linge - 5. Allaité au sein





**STANDARD FORMS FOR HAEMORRHAGIC FEVERS**  
**L003ZTF004**

*Those forms are examples and must be adapted to the language and the field*

## Case and Contact definitions for Ebola Haemorrhagic Fever

(for use in the field)

**ALERT DEFINITION (NOTIFY LOCAL HEALTH CENTER OR MOBILE TEAM):**

- Any case of sudden onset of high fever **OR**
- Sudden death **OR**
- Bleeding or bloody diarrhea or blood in urine

**SUSPECTED CASE DEFINITION (REFER TO HOSPITAL):**

All persons, living or deceased, with:

- contact\* with a case of Ebola Haemorrhagic Fever **and** fever

**OR**

- fever **and**
- 3 or more of the following symptoms:
  - headache
  - vomiting
  - loss of appetite
  - diarrhea
  - weakness or severe fatigue
  - abdominal pain
  - body aches or joint pains
  - difficulty in swallowing
  - difficulty in breathing
  - hiccoughs

**OR**

- Unexplained bleeding of any kind

**OR**

- Any unexplained death (complete forms and notify burial team)

**A contact is any person who comes into contact with a case by**

1. Sleeping in the same household within one month
2. Direct physical contact with the case (dead or alive)
3. Touching his/her linens or body fluids

# Case Reporting Form

Case # \_\_\_\_\_

(To be filled in by Surveillance Office)

## *Gulu Investigation: Case report form for Ebola Haemorrhagic Fever*

(For All Suspected Cases)

Date of Interview \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (DD/MM/YYYY)

District \_\_\_\_\_ Form completed by \_\_\_\_\_

### I. IDENTIFICATION

Surname..... Other Name .....

Age (years) ..... Date of Birth \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sex M/F Occupation .....

LC1 ..... Subcounty ..... County .....

Head of household .....

*For hospitalized patients:*

Date of admission \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date of release \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
D/M/ Y D/M/ Y

*This case was initially identified by (circle one):*

1. Community Alert System    2. Mobile Team    3. Presentation to hospital

### II. CLINICAL CONDITION

Alive ..... Dead ..... If dead, date of death \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
D/M/ Y

*(If performed, date of post-mortem skin biopsy \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)*  
D/M/ Y

**Contact with another case?** (circle one)    Yes    No    Unknown

If yes:

Surname of Case..... Other Name of Case.....

Case # .....

Relationship .....

Date of last contact \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
D/M/ Y

Type of contact .....

**Fever?** (circle one)    Yes    No    Unknown

If yes, date of onset \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
D/M/ Y

If subject answers "yes" to both questions, subject is a suspected case.

*Case report form (page 2)*

<i>Does or did the patient have:</i>		
Headache	Yes	No
Vomiting/Nausea	Yes	No
Anorexia/Loss of Appetite	Yes	No
Diarrhea	Yes	No
Intense Fatigue	Yes	No
Abdominal Pain	Yes	No
Muscle or Joint Pain	Yes	No
Difficulty Swallowing	Yes	No
Difficulty Breathing	Yes	No
Hiccoughs	Yes	No

If subject has a fever and answers "yes" to three or more questions, subject is a suspected case.

<i>Signs of Haemorrhage:</i>		
Bleeding Gums?	Yes	No
Bleeding into eyes?	Yes	No
Bleeding into skin?	Yes	No
Black or bloody stool?	Yes	No
Vomiting blood?	Yes	No
Nose bleeds?	Yes	No

If subject answers "yes" to any one of these questions, subject is a suspected case.

**If subject is a SUSPECTED CASE, do the following:**

1. Explain to the subject that they need to be transported to the hospital for further evaluation.
2. Contact the transport team to collect the patient.
3. Fill out **CONTACT RECORDING SHEET**.

---

**TO BE COMPLETED ONLY AT SURVEILLANCE OFFICE:**

**Case Classification:** (circle one)

**Alert-case      Suspected      Probable      Lab-confirmed      Not a case**





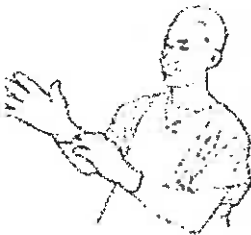
## Steps for Putting On Protective Clothing



1 Wear scrub suit as the first layer of protective clothing.



2 Put on rubber boots.



3 Put on the first pair of gloves.



4 Put on the outer gown.

5 Put on the plastic apron.



6 Put on the second pair of gloves. Place the edge of gloves over the cuff of the gown.



7 Put on the mask.



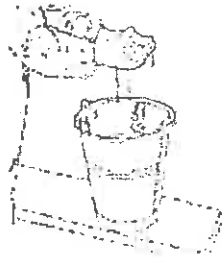
8 Put on a head cover.



9 Put on the protective eyewear.



## Steps for taking off protective clothing



1 Disinfect the outer pair of gloves.



2 Disinfect the apron and the boots.



3 Remove the outer pair of gloves.



4 Remove the apron.



5 Remove the outer gown.

6 Disinfect the gloved hands.

7 Remove the eyewear.



8 Remove the head cover.



9 Remove the mask.



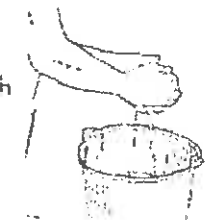
10 Remove the boots.



11 Remove the inner pair of gloves.



12 Wash hands with soap and clean water.



### Clinical data form

HOSPITAL DAY:	1 (Admit)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
DATE:														
<b>VITAL SIGNS:</b>														
Temperature														
Pulse														
Respiratory Rate														
Blood pressure														
<b>SYMPTOMS:</b>														
Asthenia	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Anorexia	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Headache	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Abdominal pain	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Diarrhea	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Nausea/Vomiting	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Sore throat	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Arthralgia/myalgia	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Back pain	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Chest pain	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Cough	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Dyspnea	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Anuria	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
<b>NON-BLEEDING SIGNS:</b>														
Head: Conjunctival injection	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Skin: Rash	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Pulmonary: Rales/rhonchi	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Cardiovascular: Edema	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
G.I.: Abdominal tenderness	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Hepatomegaly	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Splenomegaly	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Right upper quart tenderness	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Neuro: Disorientation	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Hiccups	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Pregnancy:	Y/N/E													
<b>BLEEDING SIGNS:</b>														
Gums	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Epistaxis	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Bloody stools	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Hematemesis	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Injection sites	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Hematoma	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
Hemoptysis	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N	Y/N
<b>CLINICAL REMARKS:</b>														
Date: / /														
Date: / /														
Date: / /														
Date: / /														
Date: / /														
Date: / /														
Date: / /														
Date: / /														
Date: / /														
Date: / /														
<b>THERAPY:</b>														
Oral rehydration														
ORS														
Plain water														
Oral drugs														
IV Fluid														
EBOLA TEST:	Date: / /	Positive <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/>												
PATIENT OUTCOME:	Discharged alive (date): / /													

