



FORMULAIRE D'INVESTIGATION DES CAS DE FIEVRE JAUNE

N° EPID - - - - LAB-ID
Pays - Province - ZS - Année - N° cas

Date de notification ____ / ____ / ____ Date d'investigation ____ / ____ / ____

Noms du malade

Nom du père si enfant

Téléphone Sexe

Date de naissance ____ / ____ / ____ Age ans mois Masculin ☐ Féminin ☐

Domicile du malade

Rue Village/Quartier

Ville Aire de Santé

Commune /Territoire Zone de santé

Province Type Rural (R) ☐ Urbain (U) ☐

Nationalité Congolaise ☐ Angolaise ☐ Autre

Comment le cas a-t-il été signalé Consultation spontanée ☐ recherche active des cas ☐

Date de début des symptômes ____ / ____ / ____ Si date inconnue cocher: ☐

Fièvre Oui ☐ Non ☐ Ictère Oui ☐ Non ☐ Asthénie Oui ☐ Non ☐ Céphalée Oui ☐ Non ☐ Nausée/ Vomissement Oui ☐ Non ☐

Signes Oui ☐ Si oui, types d'hémorragie Nez ☐ Vomissements ☐ Autres ☐
hémorragiques Non ☐ gencives ☐ Selles (Méléna) ☐

Autres Symptômes

Le malade a-t-il voyagé au cours des 10 jours précédant la date de début des symptômes?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐ si oui, préciser les lieux fréquentés:

Lieu 1: village /ville Province Pays

Date d'arrivée ____ / ____ / ____ Date de départ ____ / ____ / ____

Lieu 2: village /ville Province Pays

Date d'arrivée ____ / ____ / ____ Date de départ ____ / ____ / ____

Lieu 3: village /ville Province Pays

Date d'arrivée ____ / ____ / ____ Date de départ ____ / ____ / ____

Y a t il eu un séjour en forêt? Oui ☐ Non ☐ ne sait pas ☐

Formation sanitaire où le malade a consulté **Ville**

Zone de Santé **Province**

Date de la première consultation ____ / ____ / ____ **si date inconnue cocher:** ☐

Le malade a-t-il été hospitalisé Oui ☐ **date d'hospitalisation** ____ / ____ / ____

N° dossier:

Carnet/Carte de vaccination/Registre sanitaire ☐ Orale (pas de preuve de vaccination) ☐

Evolution du cas Guéri ☐ Vivant* ☐ Décédé ☐ Toujours hospitalisé ☐ Ne sait pas ☐

* lors de l'investigation

Echantillon collecté ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Date collecte de l'échantil_____ / _____ / _____ Date envoi échantillon à la zone de_____ / _____ / _____

Identité de la personne faisant la Déclaration Date / /

Nom		Signature		Téléphone
------------	--	------------------	--	------------------

Section réservé à l'administration et au laboratoire

Date de réception de la notification au niveau central ____ / ____ / ____

Date réception de l'échantillon au BCZS / /

Date envoi au Laboratoire par la ZS / /

Date réception par le laboratoire / /

Condition de l'échantillon	Adéquat	Non Adéquat
1. L'échantillon est représentatif de la population étudiée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'échantillon est suffisamment grand pour permettre des inférences statistiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'échantillon est obtenu par une méthode aléatoire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'échantillon est homogène.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. L'échantillon est exempt de biais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si non adéquat date d'envoi de la demande de 2ème prélèvement _____ / _____ / _____