**FORMULAIRE D’INVESTIGATION DES CAS DE FIEVRE JAUNE**

|  |
| --- |
| **LABID :** |

**N° EPID :** \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_

Pays province ZS année n°cas

**Date de réception au niveau central** : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Noms du malade** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date de notification** : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Ans \_\_\_\_\_\_ Mois Sexe : **M=**Masculin

**F=**Féminin

Domicile du malade (village/quartier) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Avenue/Rue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aire de santé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zone de Santé notifiant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville **: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Type** : U = Urbain

R = Rural

Commune/Territoire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Nationalité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone du malade : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Formation sanitaire la plus proche : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Lieu d’hospitalisation du malade)

## Nom de la Zone de Santé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° dossier : \_\_\_\_\_\_\_\_

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

Fièvre **:** 1=Oui Asthénie 1=Oui Céphalée : 1=Oui Signes hémorragiques : 1=Oui

2=Non 2= Non 2=Non2=Non

Ictère : 1=Oui Vomissement : 1=Oui

2=Non 2=Non Autres signes :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Types d’hémorragie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Est-ce que le malade a voyagé ces 3 dernières semaines (Oui/non) \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si, oui, Précisez le lieu fréquenté (village/ville) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_durée en jours\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hospitalisé ?** : 1=**Oui** Si Oui, date d’hospitalisation : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

2=**Non**

**Est-ce que le malade a été vacciné ?** 1=Oui **Si Oui, précisez la date** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  **Evolution du cas** 1=**Vivant**

2=Non **2=Décédé**

**Date d’investigation du cas : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Echantillon collecté ? (1=Oui/2=Non) \_\_\_\_\_**

**Si Oui, Date collecte de l’échantillon : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Date Envoi échantillon à la zone de santé : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Date réception de l’échantillon au BCZS : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

## **Date Envoi vers le Laboratoire : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Date réception par le laboratoire : \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**Condition de l’échantillon** : **1=Adéquat**

**2=Non Adéquat**

**Catégorisation du cas : 1=**Transmission locale

**2=** Importé

**Personne faisant la Déclaration**

**Nom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Cas suspect :** Toute personne présentant une fièvre d’apparition brutale, accompagnée d’une jaunisse (ictère) apparue dans les deux semaines suivant les premiers symptômes