****



**Annexes de la session C3**

**Session C3 – Annexe 1 : formulaire d’investigation initiale de cas**

|  |
| --- |
| **T0 – Formulaire d’investigation initiale de cas – page 1**    Date\* : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_] Organisation/institution\* :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pays\* :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Investigateur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Section 1 : Informations sur le patient**  Nom\* : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° d’identification\* : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de naissance\* : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]  ou âge estimé\* : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] en années ou [\_\_\_][\_\_\_] en mois ou [\_\_\_][\_\_\_] en jours  Sexe à la naissance\* : □ Masculin □ Féminin  Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si la personne travaille dans un établissement de santé, préciser le nom et la localité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adresse (rue)\*:  Niveau administratif 1\* (province) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Niveau administratif 2\* (district) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Niveau administratif 3\* (commune) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Niveau administratif 4\* (circonscription) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Latitude GPS du lieu de résidence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Longitude GPS du lieu de résidence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Section 2 : Informations cliniques**  Évolution clinique du patient Date d’apparition des premiers symptômes\*: [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]  Pour cet épisode, date de première consultation à l’établissement de santé : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]  Actuellement admis en établissement de santé\* ? : □ Non □ Oui, nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Issue de la maladie\* (entourer la réponse qui convient) : patient encore malade/guéri/avec des séquelles/perdu de vue/décédé  Date de rétablissement/perte de vue/décès\* : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]  Symptômes du patient à son arrivée (cocher tous les symptômes signalés) :  □ Fièvre/frissons  □ Faiblesse générale  □ Malaise  □ Irritabilité/confusion  □ Maux de tête  □ Mal de gorge  □ Toux non productive  □ Toux productive  □ Perte d’appétit  □ Diarrhée  □ Nausées/vomissements  □ Douleurs □ musculaires □ thoraciques □ abdominales □ articulaires □ photophobie □ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signes présentés par le patient à son arrivée (cocher tous les signes observés) : □ Exsudat pharyngé □ Injection conjonctivale □ Œdème de la face/du cou □ Yeux enfoncés/pli cutané □ Sensibilité abdominale □ Foie palpable □ Rate palpable □ Éruption cutanée □ Jaunisse □ Gonflement des ganglions lymphatiques, site(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Œdème des membres inférieurs  □ Convulsions □ Coma □ Raideur nucale □ Saignements : □ buccaux □ vaginaux □ rectaux □ Expectorations sanglantes □ Urines sanglantes □  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fréquence cardiaque (battements par min.) : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] Pression artérielle (mmHg) : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] systolique [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] diastolique Fréquence respiratoire (par min.) : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_]  Saturation en oxygène à l’air ambiant : [\_\_\_][\_\_\_] % Température : [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] □ °C / □ °F  Temps de remplissage capillaire > 3 sec. : □ Non □ Oui Périmètre brachial à mi-hauteur : [\_\_][\_\_][\_\_] mm |

|  |
| --- |
| **T0 – Formulaire d’investigation initiale de cas – page 2**    Pathologies sous-jacentes et comorbidités : (cocher les réponses appropriées)  □ Grossesse □ Post-partum (< 6 semaines), date d’accouchement : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_A\_][\_A\_][\_A\_][\_A\_]  □ Malnutrition □ Immunodéficience □ Maladie associée aiguë ou chronique (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Section 3 : Informations relatives à l’exposition et aux déplacements 3 SEMAINES AVANT L’APPARITION DES PREMIERS SYMPTÔMES**  Connaissez-vous quelqu’un d’autre présentant une maladie ou des symptômes similaires\*?: □ Non □ Oui (préciser) :  Date du dernier contact, le cas échéant : Date : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_]  Relation :  Lieu d’interaction :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Avez-vous participé à des rassemblements de masse ? : □ Non □ Oui (préciser) :  Date : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_] Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Type d’événement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_] Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Type d’événement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Avez-vous voyagé en dehors de votre zone de résidence habituelle\* ? : □ Non □ Oui (préciser) :  Date : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_] Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date : [\_J\_][\_J\_]/[\_M\_][\_M\_] Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Avez-vous reçu des soins dispensés par □ un guérisseur traditionnel et/ou tout autre traitement ?: □ Non □ Oui (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Avez-vous eu des contacts directs avec des animaux malades ou morts ?: □ Non □ Oui (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Avez-vous d’autres informations sur les animaux ou les insectes présents dans votre environnement ? : □ Non □ Oui (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pensez-vous qu’un aliment ou une boisson soit à l’origine de la maladie ou des symptômes ? : □ Non □ Oui (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Avez-vous d’autres observations à nous communiquer (par exemple, contact avec des substances toxiques, médicaments contrefaits, exposition environnementale, etc.) ? : □ Non □ Oui (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Section 4 : Données de laboratoire**  Nom du laboratoire d’analyse **:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Le patient a-t-il reçu des antibiotiques avant le prélèvement d’échantillon ?: □ Oui □ Non □ Ne sait pas  Protéinurie : □ Oui □ Non □  Hématurie NA : □ Oui □ Non □ s.o.  Hémoglobine : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numération leucocytaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Plaquettes : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Protéine C-réactive : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potassium : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ALAT/SGPT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASAT/SGOT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lactate : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bilirubine totale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Créatinine : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Urée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Créatine kinase (CPK) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Maladie(s) présumée(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \* indique une VARIABLE EPI ESSENTIELLE dans le cadre de l’investigation d’une épidémie.  © Organisation mondiale de la Santé 2019. Tous droits réservés. |

Source: Boîte à outils de l’OMS sur les épidémies. Disponible à l’adresse suivante : <https://www.who.int/emergencies/outbreak-toolkit/data-collection-standards/t0-initial-case-investigation-form>.

**Session C3 – Annexe 2: Formulaire de demande d’examen de laboratoire**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulaire de demande d’examen de laboratoire – [nom du laboratoire] Date de réception :\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Informations relatives au patient** | | |  | **Informations relatives au prescripteur :** | | | Nom : | Laila Samy | |  | Nom : |  | | Adresse : | 0312 Alhubu Lane, Karan Province, Salam | |  | Organisation |  | | Téléphone : | +1863-9541 | |  | Adresse : |  | | Date de naissance : | 21 septembre 1988 | |  | Téléphone : |  | | Sexe : | ÿ Masculin | X Féminin |  |  |  |   **Informations relatives à l’échantillon :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Urgence : | * Normale |  | Échantillon prélevé sur le patient : | | | * URGENT | Date : | (jj/mm/aaaa) | |  |  |  | Heure : | (hh/mm) | | * À jeun | * Non à jeun |  |  | |      |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | * Sang * Selles | * Urine * Expectorations | * Écouvillon * Liquides | * Tissu * Cytologie | | * Autre : |  |  |  | |  |  |  |  |   **Informations cliniques :**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Traitement médicamenteux : |  | Dernière dose : | |  | |  |  | Date : | (jj/mm/aaaa) | | |  | Heure : | (hh/mm) | | | Autres informations cliniques pertinentes : |  | | | | |  | | | | |  |  | | | |   **Examen demandé :**     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Test de profil** | | **Biochimie** | | **Hématologie** | | | **Microbiologie** | | | | | | **Anatomopathologie** | | | ÿ G2000  ÿ G 2000-X  ÿ GT9  ÿ GTI  ÿ NEO  ÿ ES  ÿ HB3 | ÿ DFS  ÿ LFT  ÿ RFT  ÿ TFT  ÿ MAC  ÿ LGL  ÿ LIP | ÿ CEA  ÿ CA 1  ÿ CA 5  ÿ CA 9  ÿ PSA  ÿ AFP  ÿ Glucose | ÿ VIH 1 et 2  ÿ HbA1c  ÿ HBsAg  ÿ H. pylori  ÿ Acide urique  ÿ T4 libre | ÿ FSC (avec VSE)  ÿ NFS  ÿ Hb  ÿ TWDC  ÿ Plaquettes  ÿ ABO et Rh (D)  ÿ Parasites du paludisme | | | ÿ ECBU  ÿ RPR (VDRL)  ÿ Microscopie/Culture/Sensibilité  ÿ BAAR (ZN) sur frottis uniquement  ÿ BAAR frottis et culture | | | | | | ÿ Histologie  ÿ Non gynéco/FNA    Site : | | | **Examens complémentaires :** | | | | | | **Cytologie cervicale :** | | | | | | | | | |  | | | | | | ÿ Frottis de cytodétection  ÿ Normal  ÿ Sang post-mononucléose  ÿ Susp. lésion | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | ÿ Autre : | | | |  | | | |  | |  | | | | | | Site : | | ÿ Col de l’utérus  ÿ Dôme vaginal  ÿ Autre : | | | | ÿ Exo-endocol  ÿ Paroi vaginale latérale | | ÿ Cul-de-sac vaginal postérieur | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | ÿ Dernières menstruations | | | (jj/mm/aaaa) | | | | |  | |  | | | | | | ÿ Post-ménopause  ÿ THS (substitution hormonale) | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | ÿ Autre : | | | | |  | | | | | **Date  (jj/mm/aaaa)** | | | | |  | **Signature du prescripteur :** | | | | | | | | | |