

**Division Médicale de l'Organisation des Nations Unies**  
**Formulaire d'évaluation Clinique des fonctionnaires des Nations Unies quittant les pays où sévit la maladie à virus Ebola**

(Pour plus d'informations concernant les zones et pays touchés ou suspects voir le lien: <http://www.who.int/csr/don/archive/disease/ebola/en/>)

**Ce formulaire doit être utilisé par le personnel des services de santé des Nations Unies en vue d'évaluer le risque d'exposition ou d'infection des fonctionnaires à la maladie à virus Ebola.**

**Pour les lieux d'affectation des fonctionnaires des Nations Unies où sévit la Maladie à Virus EBOLA:**

- Tous les Fonctionnaires, qui prévoient de se rendre à partir d'un pays où sévit la maladie à virus Ebola vers un autre pays non touché par la maladie, doivent faire remplir ce formulaire par le médecin des Nations Unies avant leur départ de la région touchée par la maladie,

Une copie du formulaire rempli doit être envoyée par courrier électronique au Médecin praticien au niveau de la destination finale du voyageur.

**Pour tous les lieux d'affectation des fonctionnaires des Nations Unies:**

- Le personnel médical de l'ONU peut utiliser ce formulaire pour évaluer le risque d'exposition à la Maladie à Virus Ebola de tout le personnel de l'ONU qui retournent à leur lieu d'affectation après un voyage dans un pays où sévit la maladie à Virus Ebola.

- Toutes les personnes qui ont l'intention de voyager vers un pays où sévit la Maladie à Virus Ebola devront être munies d'une copie de ce formulaire, et devront le faire remplir avant de quitter le pays en question.

**PRIERE DE NOTER QUE LES EPI DOIVENT ETRE UTILISES LORS DE TOUT CONTACT AVEC UNE PERSONNE MALADE. TOUTE PERSONNE MALADE ET AYANT ETE EN CONTACT AVEC UN CAS SUSPECT OU CONFIRME DOIT ETRE IMMEDIATEMENT PLACEE EN ISOLEMENT<sup>1</sup>.**

Date and Horaire de l'évaluation (jour/mois/année): \_\_\_\_\_ Lieu D'affectation: \_\_\_\_\_

**A) FONCTIONNAIRE/INFORMATIONS PERSONNELLES**

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Index No: \_\_\_\_\_ Date de naissance (j/m/an): \_\_\_\_\_

Sexe: M/F Lieu d'affectation: \_\_\_\_\_ Organisation/Bureau: \_\_\_\_\_ Titre: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence-- Nom: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**B) HISTORIQUE DES DEPLACEMENTS**

Durant les trois dernières semaines, la personne a-t-elle visité une zone ou localité où existent actuellement des cas suspects/confirmés de maladie à Virus Ebola?

Oui  Non  Ne sais pas Si oui ou indéterminé, Prière de préciser le pays/ville/région: \_\_\_\_\_

**C) ETAT DE SANTE ACTUEL**

Prière de cocher la mention adaptée:  La personne est actuellement bien portante et ne présente aucun signe ou symptôme.

La personne est actuellement malade et présente des signes/symptômes.

**D) SIGNES & SYMPTOMES (A COMPLETER SI LE PATIENT N'EST PAS EN MSURE DE LE FAIRE)**

Date d'apparition des premiers symptômes (j/m/an): \_\_\_\_\_ ; l'apparition des symptômes a été soudaine ou graduelle?  Soudaine  Graduelle

Prière d'indiquer si le patient présente les signes/symptômes suivants:

<b>Fièvre &gt;38C</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<b>Diarrhée</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>History of fever</b>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	<b>Douleur retrosternale</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Fièvre &gt;38 persistant 72 h après prise d'antipaludéens ou d'antibiotiques</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<b>Hématémèse</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Céphalées</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<b>Mélaena</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Eruption Cutanée</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<b>Saignement</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Myalgies</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<b>Ecchymoses</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Toux</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<b>TA systolique &lt;99 mmHg</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Pharyngite</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<b>Fréquence Resp &gt;20/min</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
<b>Vomissements</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<b>Pouls &gt;90 bpm</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
				<b>Autres</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

En cas de présence d'autres symptômes, Prière de spécifier: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Prière consulter le document " *Interim Infection prevention and control guidance for care of patients with Suspected or Confirmed Filovirus Haemorrhagic fever in health-care settings, with focus on Ebola* " (Aout 2014), [http://www.who.int/csr/bioriskreduction/filovirus\\_infection\\_control/en/](http://www.who.int/csr/bioriskreduction/filovirus_infection_control/en/)

### E) EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE EPIDEMIOLOGIQUES

Le tableau suivant dresse la liste des facteurs de risque épidémiologiques potentiels pouvant être à l'origine d'une exposition au virus Ebola. Est-ce que la personne a rencontré une des situations suivantes (Prière cocher la case correspondante):

	Oui	Non	Non Déterminé
<i>Au cours des 21 derniers jours, la personne a été en contact avec des liquides biologiques provenant d'une personne vivante ou décédée connue ou fortement suspecte d'avoir été atteinte la maladie à virus Ebola, soit <u>directement</u>, par exemple en manipulant de l'urine, sang ou <u>indirectement</u>, par exemple en manipulant des vêtements, literie souillée?</i>			
<i>Au cours des 21 derniers jours, la personne a été en contact étroit avec une personne vivante ou décédée connue ou fortement suspecte d'avoir été atteinte de la maladie à virus Ebola ?</i>			
<i>Au cours des 21 derniers jours, la personne a été impliquée dans les préparatifs de funérailles d'une personne connue ou fortement suspecte d'avoir été atteinte de Maladie à virus Ebola.</i>			
<i>Au cours des 3 derniers mois, la personne a eu des rapports sexuels avec une personne connue ou fortement suspecte d'avoir contracté la maladie à virus Ebola ?</i>			
<i>Au cours des 21 derniers jours, la personne a manipulé des échantillons cliniques/biologiques (sang, urine, fèces, tissus, cultures de laboratoire) d'une personne ou d'un animal vivant ou mort connu ou fortement suspect d'avoir été atteint de maladie à virus Ebola?</i>			
<i>Au cours des 21 derniers jours, la personne est entrée en contact avec des produits biologiques, ou avec un individu ou animal vivants ou morts, connus ou fortement suspects d'avoir été atteint de maladie à virus Ebola (exemple, soins médicaux courants, transport de patient, réanimation, autopsie) ?</i>			
<i>Au cours des 21 derniers jours, la personne a-t-elle reçu des injections intramusculaires ou intraveineuses dans une zone où sévit la maladie à virus Ebola?</i>			
<i>Au cours des 21 derniers jours, la personne a-t-elle manipulé ou découpé des primates morts ou a participé au séchage, cuisson, ou la consommation de leur viande dans une zone où sévit la maladie à virus Ebola ?</i>			
<i>Au cours des 21 derniers jours, la personne a-t-elle visité un établissement de soins de santé dans une zone où sévit la maladie à virus Ebola ?</i>			
<i>Au cours des 21 derniers jours, la personne a-t-elle visité ou a eu des contacts rapprochés avec un patient atteint de maladie à virus Ebola? (Un contact rapproché est défini comme étant moins de 3 pieds du patient ou un bref contact direct tel que serrer la main) sans porter les EPI</i>			
<i>Est-ce que la personne a des membres de sa famille ou cohabitant avec lui dans le pays et qui sont suspects ou confirmés comme étant atteint de la maladie a Virus Ebola ?</i>			

### F) EVALUATION FINALE DU RISQUE

Au terme de l'entretien/examen du fonctionnaire, mon évaluation médicale est la suivante :

RISK CATEGORY	CRITÈRES
<input type="checkbox"/> <b>Cas Suspect</b>	La personne souffre de l'apparition soudaine d'une fièvre élevée ou d'autres signes et symptômes + présente au moins 1 facteur de risque épidémiologique (Section E) ; OU La personne souffre de l'apparition d'une fièvre élevée et au moins 3 autres signes et symptômes
<input type="checkbox"/> <b>Risque Modéré/Élevé</b>	Personne malade, avec au moins un signe et un symptôme mais déclare qu'il n'a pas de facteurs de risque épidémiologiques (Section E).
<input type="checkbox"/> <b>Contact suspect</b>	Personne Ne présentant pas de signes / symptômes, mais a au moins un facteur de risque épidémiologique.
<input type="checkbox"/> <b>Risque faible</b>	Personne bien portante sans signes ni symptômes et déclare qu'elle n'a pas de facteurs de risque épidémiologiques (Section E).

**Si la personne est déclarée comme "cas suspect", "Risque modéré /Élevé" ou "Contact suspect",** Prière de discuter les projets et programmes de voyage avec l'équipe locale en charge de la gestion de l'épidémie/ autorités médicales locales. Prière s'assurer que la personne respecte les directives de sante publique en vigueur au niveau du pays d'accueil ainsi que celles édictées par l'OMS.

*Je certifie que cette évaluation Clinique a été réalisée et les mesures de suivi appropriées ont été mise en place pour cet individu. Prière cocher ici*

SIGNATURE DU PERSONNEL DE SANTE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_ Lieu d'affectation: \_\_\_\_\_  
Nom: \_\_\_\_\_ Titre: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Please feel free to contact Dr Esther Tan at [msdpublichealth@un.org](mailto:msdpublichealth@un.org) or +1-917-353-5387 should you have any questions.