***Ce formulaire doit être complété par le personnel de santé du service médical du pays où sévit la maladie à virus Ebola – au maximum 48 heures avant le départ du fonctionnaire du pays en question.***

**Division Médicale de L’Organisation des Nations Unies**

**Formulaire d’évaluation de risque des fonctionnaires de L’ONU QUITTANT un pays où sévit la maladie à Virus Ebola**

**Une copie de ce formulaire complété doit être gardée dans le service médical où l’évaluation est effectuée, une copie doit être donnée au fonctionnaire et une copie doit être envoyée par courriel au médecin du lieu d’affectation d’origine où le fonctionnaire retourne à la fin de sa mission.**

**Température actuelle du patient (°C) \_\_\_\_\_\_Date de l’évaluation (j/m/année) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **INFORMATION PERSONNELLE**

Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº Index/ Nº Roster: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe: M/F Date de naissance (j/m/année): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nationalité: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Organisation/Bureau: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lieu d’affectation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction/titre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contact en cas d’urgence:

Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le fonctionnaire a-t’ il visité ou travaillé dans une équipe de réponses aux urgences, une clinique,un laboratoire ou un centre communautaire de santé? 🞎 Oui 🞎 Non

Si oui, prière d’expliquer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **SIGNES & SYMPTôMES**

Le tableau suivant énumère tous les symptômes compatibles avec la maladie à virus Ebola. Prière d’indiquer si le fonctionnaire présente l’un des signes suivants:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Symptômes** | **Oui** | **Non** | **Commentaire** |
| Fièvre > 38°C |  |  |  |
| Notion de fièvre récente |  |  |  |
| Maux de tête |  |  |  |
| Fatigue |  |  |  |
| Eruption cutanée |  |  |  |
| Douleur musculaire |  |  |  |
| Toux |  |  |  |
| Mal de gorge |  |  |  |
| Vomissement |  |  |  |
| Diarrhée |  |  |  |
| Douleur abdominale |  |  |  |
| Difficulté respiratoire |  |  |  |
| Saignement et/ou ecchymoses inexpliqués |  |  |  |

 Date initiale des premiers symptômes (j/m/année):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Merci de préciser si d’autres symptômes sont présents : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sur la base des réponses ci-dessus, cocher l’une des cases suivantes:

* Symptômes compatibles avec la maladie à virus Ebola
* Symptômes non compatibles avec la maladie à virus Ebola. Spécifier la condition : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Asymptomatique
1. **Evaluation des facteurs de rique epidemiologiques**

Le tableau suivant énumère quelques-uns des facteurs de risque épidémiologiques potentiels, susceptibles d’exposer une personne à la maladie à virus Ebola.

**Lors des derniers 21 jours, le fonctionnaire a t’il:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** | **Commentaire** |
| Été en contact étroit (moins d’un mètre pendant plus d’une heure) avec une personne atteinte de la maladie à virus Ebola? |  |  |  |
| 🞎 Portait l’EPI\* tout le temps | 🞎 Portait l’EPI avec d’éventuels manquements ou brèches dans l’équipement | 🞎 Ne portait pas l’EPI |
| Eté en contact direct (exposition de la peau/ membrane muqueuse) avec les liquides organiques d’une personne décédée/vivante, connue ou suspectée être atteinte de la maladie à virus Ebola? |  |  |  |
| 🞎 Portait l’EPI\* tout le temps | 🞎 Portait l’EPI avec d’éventuels manquements ou brèches dans l’équipement  | 🞎 Ne portait pas l’EPI  |
| Participé à la préparation des funérailles d’une personne connue ou fortement suspectée d’avoir été atteinte de la maladie à virus Ebola ? |
| 🞎 Portait l’EPI\* tout le temps | 🞎 Portait l’EPI avec d’éventuels manquements ou brèches dans l’équipement | 🞎 Ne portait pas l’EPI |
| Eu une relation sexuelle avec une personne connue, fortement suspectée ou venant de guérir (il y a moins de 3 mois) de la maladie à virus Ebola? |  |  |  |
| Eu un contact occasionnel (à plus d’1 mètre de distance pendant moins d’une heure) avec une personne décédée/vivante atteinte de la maladie à virus Ebola? |  |  |  |
| Consommé ou préparé de la viande de gibier ou des chauves- souris? |  |  |  |
| Reçu des injections en intramusculaire ou intraveineuse dans un pays où sévit la maladie a virus Ebola? |  |  |  |

\*EPI: Equipement de protection individuelle

Le fonctionnaire a t’il le souvenir d’une situation où il aurait eu un quelconque contact avec le sang, les urines, le vomi ou diarrhées ou autres secrétions d’une personne atteinte de la maladie à virus Ebola ?

Prière d’expliquer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sur la base des réponses ci-dessus, déterminer le degré de risque d’exposition du fonctionnaire (cocher l’une des cases suivantes):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 🞎**Risque d’exposition élevé** | 🞎 **Risque d’exposition bas**  | 🞎 **Pas de risque d’exposition identifiable**  |
| A eu un contact direct/étroit avec une personne (décédée/vivante) ou avec les fluides organiques d’une personne atteinte de la maladie à virus Ebola **ET**Ne portait pas l’EPI **OU** Portait l’EPI avec d’éventuels manquements ou brèches dans l’équipement | A eu un contact direct/étroit avec une personne (décédée/vivante) ou avec les fluides organiques d’une personne atteinte de la maladie à virus Ebola **ET**Portait l’EPI tout le temps (pas de manquement ou de brèche) | N’a pas eu de contact direct/étroit avec une personne (décédée/vivante) ou avec les fluides organiques d’une personne atteinte de la maladie à virus Ebola **OU** A eu un contact occasionnel (à plus d’1 mètre de distance pendant moins d’une heure) avec une personne atteinte de la maladie à virus Ebola |

1. **Evaluation finale:**

Cocher l’une des cases suivantes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Classification** | **Critere** | **Réponse/Action** |
| □ **Cas suspect de maladie à virus Ebola** | Personne présentant de la fièvre et/ou des symptômes compatibles avec un risque d’exposition élevé ou bas.Si il n’y a pas de risque d’exposition identifiable, mais une fièvre et des symptômes compatibles sont présents, la personne doit être considérée comme un cas suspect de la maladie à virus Ebola. | La personne doit être orientée pour étude plus approfondie et prise en charge, comme indiqué dans la procédure opérationnelle standard (POS).**Inaptitude au voyage**Notifier et coordonner avec: * L’autorité onusienne locale designée,
* La division médicale,
* Les autorités locales de santé publique.

Initier la recherche des contacts en suivant les directives locales des autorités officielles de santé publique |
| □ **Personne malade, mais qui n’est pas un cas suspect de maladie à virus Ebola** | Une personne avec un tableau clinique général, nettement plus susceptible d’indiquer une maladie autre, et sans risque d’exposition identifiable.Spécifier:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * S’il y a un doute, une deuxième opinion doit être demandée.
* Orienter pour prise en charge si nécessaire **OU** gérer localement en suivant la POS.
* Notifier la division du service médical si une évacuation médicale est nécessaire.
 |
| □ **Personne asymptomatique mais possible contact avec un cas suspect de la maladie à virus Ebola** | Asymptomatique**ET**Risque d’exposition bas/élevé | Notifier et coordonner avec les autorités locales de santé publique/ OMS afin de déterminer si une restriction des déplacements est à mettre en application et indications pour le suivi.* Notifier le service médical par courriel à: msdpublichealth@un.org
 |
| □ **Personne asymptomatique sans risque d’exposition identifiable** |  Asymptomatique **ET**Pas de risque d’exposition identifiable  | Pas de restriction dans les déplacements.Voyage par transport en commun autorisé.Auto-surveillance de la température 2 fois par jours pendant 21 Jours après avoir quitté le pays. |

Signature du personnel de santé: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Titre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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