|  |
| --- |
| Infection à virus EbolaQuestionnaire de Suivi d’un PERSONNEL HOSPITALIER - SUJET CONTACT - |
| *Ce questionnaire est destiné au suivi d’un personnel hospitalier, sujet contact d’un cas confirmé à Ebola, c-à-d ayant prodigué directement des soins ou assisté à des soins ou géré des déchets de soins d’un cas confirmé Ebola en l’absence de précautions optimales (précautions standard, précautions complémentaires contact et air avec mesures barrières renforcées), que ce personnel de santé soit symptomatique ou asymptomatique.* |
|  |
| Partie 1 à compléter pour tout personnel hospitalier, sujet contact d’un cas confirmé Ebola |
|  **Identifiant du cas confirmé :** |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_| **Identifiant du personnel hospitalier -sujet contact-** : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|   |
| **1. Etablissement de santé où exerce le personnel hospitalier -sujet contact-** |
| Etablissement de santé (nom et raison sociale) : …………………………………………………………………………………Ville :………………………………… Code Postal : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ tél : ……………………………. |
|

|  |
| --- |
|   |
|  Personne pouvant être jointe comme référent pour le suivi des contacts hospitaliers : Nom : ………………………………… Téléphone : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Email : …………………………….@............................................... Fonction exercée dans l’établissement :  🞏 Président du CLIN 🞏Coordonnateur Gestion des Risques 🞏 Praticien en hygiène 🞏 Médecin du travail |
|  🞏 Autre, préciser : …………………………………………………………………………………………. |

 |
|  |
| Médecin du travail : Nom : ……………………………… Tél : …………………………Adresse : ………………………………….…………………. Code Postal : /\_\_\_\_\_\_\_/ Commune : …………..……….………… |
|  |
| **2. Mise en place des mesures barrière autour du cas confirmé Ebola par l’établissement de santé** |
| Oui [ ]  Non [ ]  NSP [ ]  Si Oui, préciser les mesures et les dates de mise en place des mesures à l’aide des codes précisés en infra |
| ***J0 = date de l’hospitalisation du cas confirmé pour Ebola (avant confirmation du diagnostic) = \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_***  |
|  | **J0** | J+1 | J+2 | J+3 | J+4 | J+5 | J+6 | J+7 | J+8 | J+9 | J+10 | J+ | J+ | J+ | J+ | J+ | J+ |
| Mesures barrière\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\* Utiliser les codes suivants : PEb=: Précautions spécifiques Ebola telles que définies dans l’avis du HCSP du 10 avril 2014 ; PS= Précautions Standard ; PG= Précautions gouttelettes ; PC = Précautions Contact;*  |
|  |
| **3. Coordonnées du personnel hospitalier -sujet contact- d’un cas confirmé Ebola** |
| Nom du personnel hospitalier -sujet contact- :………………………………………… Prénom : .................................................... |
| Sexe : M ❑ F ❑ Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ ou âge: |\_\_|\_\_| (années)  |
| Adresse du domicile  : ……………………………………………………………………………..………………………..…………..Commune :……………………………………… Code Postal : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Pays : ……………………………….…………Tel domicile : …………………… Tel Portable : ………………………… Mail : …………………………………………………… |
| Profession du personnel hospitalier contact : [ ]  Médecin / sage-femme / interne Service ou unité de rattachement de l’exercice professionnel : ………………………………………..………………………………………………………...[ ]  Infirmier [ ]  Kinésithérapeute [ ]  Aide-soignant [ ]  Agent hospitalier [ ]  Elève (infirmier, externe …) [ ]  Personnel laboratoire [ ]  Personnel intérimaire ou prestataire extérieur , si oui coordonnées de l’employeur *(nom, adresse, téléphone)*…………………………………….………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………..[ ]  Autre, précisez : ………………………………………….Service / unité de rattachement de l’exercice professionnel: ………………………………………………………………………… |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **4. Antécédents médicaux du personnel hospitalier -sujet contact- d’un cas confirmé pour Ebola** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Aucun antécédent Oui [ ]  Non [ ]  NSP [ ]   |  |
| Pathologie chronique Oui [ ]  Non [ ]  NSP [ ]  Si oui, précisez : ……………………………………………….. |  |
| Traitement anti-coagulant Oui [ ]  Non [ ]  NSP [ ]   |  |
| Grossesse en cours Oui [ ]  Non [ ]  NSP [ ]  |
| Autres Oui [ ]  Non [ ]  NSP [ ]  Si oui, précisez : ………………………………………………… |

 |
| **5. Chronologie et circonstances des contacts avec le cas confirmé pour Ebola** |
| **J0** = date de début des signes du cas confirmé =\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_*Cocher ci-dessous si contact à la date spécifiée* |
| **J0** | J+1 | J+2 | J+3 | J+4 | J+5 | J+6 | J+7 | J+8 | J+9 | J+10 | J+… | J+… | J+… |
| ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… |
| ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… |
| ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… | J+… |
| ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
|  |
| **Circonstance(s) des principaux contacts avec le cas confirmé symptomatique pour Ebola \*** *A. risque de contamination très faible* *B. risque de contamination faible* *C. risque de contamination élevé* *D. autre type de contact (préciser) : ………………………………………………………………………………….* |
| **Date** | **Circonstances** |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : …………………………………………………………  |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : ………………………………………………………… |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : ………………………………………………………… |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : ………………………………………………………… |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : …………………………………………………………  |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : ………………………………………………………… |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : …………………………………………………………  |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : …………………………………………………………  |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : ………………………………………………………… |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : ………………………………………………………… |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : ………………………………………………………… |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : ………………………………………………………… |
| \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  ❑ A ❑ B ❑ C ❑ D, préciser : ………………………………………………………… |

**Partie 2 : Questionnaire de suivi du personnel hospitalier sujet contact d’un cas confirmé pour Ebola**

Enquêteur en charge du suivi du personnel sujet contact : Nom: ……………………. Tel : …………………………

Médecin du travail [ ]  Membre de l’EOH [ ]  Autre [ ]  précisez fonction: ………………………

Date du 1er entretien avec le personnel hospitalier - sujet contact- du cas confirmé: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **6. Suivi de la personne-contact : signes évocateurs d’infection depuis le dernier contact hospitalier avec le cas confirmé pour Ebola** |
| Oui [ ]  Non [ ]  NSP [ ]  Si Oui, préciser les signes cliniques dans le tableau ci-dessous, à l’aide des codes mentionnés en infra. |
| ***D0*** *= date du dernier contact avec le cas symptomatique confirmé à Ebola :* \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_*Important : Les signes / symptômes évocateurs d’infection à Ebola, en particulier la fièvre, permettent le classement du personnel hospitalier en cas possible, compléter alors la* ***section 7****, ci-dessous, interrompre le suivi, suivre la procédure d’investigation d’un cas possible (isolement, prélèvements diagnostiques)* |
|  | **D0** | D+1 | D+2 | D+3 | D+4 | D+5 | D+6 | D+7 | D+8 | D+9 | D+10 | D+11 | D+12 | D+13 | D+14 |
| Signes / symptômes\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | D+15 | D+16 | D+17 | D+18 | D+19 | D+20 | D+21 |  |  |  |  |  |  |
| Signes / symptômes\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\* Utiliser les codes suivants : RAS ; F = fièvre ≥38°5c ; As = asthénie / fatigue ; Ma = malaise ; My = myalgies / courbatures ; Dh = diarrhée ; V = vomissements ; Da = douleurs abdominales ; Hem = signes hémorragiques ;Au = autre signe.* |
| **Si personnel hospitalier -sujet contact- est symptomatique, coordonnées de son médecin traitant :**Nom : ………………………………………… Prénom : ……………………………………… Tel : …………………………………Adresse : ……………………………………. Code Postal : /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Commune : ……………………………………… |
|  |
| **7. Classement du personnel hospitalier -sujet contact- d’un cas confirmé pour Ebola** |
| **Date du classement**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | **Cas possible** [ ]  **Fin de suivi** [ ]  |
| Si classement en cas possible, noter ici le numéro du cas possible attribué par l’InVS : |\_\_|\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|Précisez le motif de fin de suivi : ……………………………………………………………………………………………………….. |