

Questionnaire dépistage ebola par le médecin

1	Avez-vous de la fièvre ou avez-vous eu de la fièvre au cours des dernières 24 heures? (fièvre: température > 38 °C ou 100,40 °F)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
2	Avez-vous séjourné dans un pays / une zone affecté(e) au cours des 21 derniers jours?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
3	Avez-vous eu un contact physique avec des personnes malades/décédées ou avec les fluides corporels (sang, vomissures, selles, ...) de ces personnes?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous eu un contact physique avec des animaux sauvages (singes, antilopes, chauves-souris)? Avez-vous consommé du "bush meat" (viande de brousse) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

5	<p><i>Présentez-vous d'autres symptômes tels que:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>malaises, maux de tête, douleurs musculaires, mal de gorge, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, douleurs dans la poitrine, toux, perte d'haleine, rougeurs, yeux injectés de sang, hémorragies?</i> • <i>autres? _____</i> 	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	---	---------------------------------	---------------------------------

6	Depuis quand vous sentez-vous mal?	_____	
7	Souffrez-vous d'autres problèmes de santé? Si oui, lesquels?	_____	
8	Avez-vous pris des médicaments (pour faire tomber la fièvre)? Quels médicaments prenez-vous de façon régulière?	_____	
9	Avez-vous pris des médicaments préventifs contre la malaria?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
10	Quels vaccins avez-vous reçu avant votre voyage? À quand remonte votre dernière injection?	_____	
11	Certains de vos compagnons de voyage sont-ils malades? Lesquels?	_____	
12	Où exactement dans le pays / la zone affecté(e) êtes-vous allé(e)?	_____	
13	Pendant combien de temps êtes-vous resté(e) dans le pays / la zone affecté(e)?	_____	
14	Que faisiez-vous exactement dans le pays/ la zone affecté(e)?	_____	
15	Avez-vous été malade pendant votre séjour dans le pays / la zone affecté(e)?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
16	Vous êtes-vous rendu(e) chez un médecin ou dans un hôpital dans le pays / la zone affecté(e)?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>