

Medication ob biologiste déclarant (tampon) Si notification par un biologiste Nom :		#	
Etablissement / service :	Médecin ou biologiste déclarant (tampon)	Si notification par un biologiste	X .≣
Etablissement / service: Etablissement / service: Addresse: Addresse: Addresse: Fièvres: Fièvres:	Nom:	Nom:	
Tel/fox:	Établissement / service :	Établissement / service : Sanitaires et Sociales	
Tel/fox:	Advasca	Adresse ·	
IMPORTANT: rene modular profit read in consideration and interestination and interestination for the complete part feed control feed to such the consideration and interestination and displace an amount of transferance (primoruloscouries definition) and feed process and transferance control control feed to such the consideration and feed process and transferance control control feed to such the control feed to such the control feed to such the control feed to such that the control			Fièvres Hémorragiques
IMPORTANT::retr mulade jozife univinivervisite sugrets bools, nativoderes international. Who dever largisparter transmitter, provided in the provision of the control of			
Date de natissance	Signature.	Signature.	
Addresse:			
Adresse:	Nom : Prénom :	Sexe : M 🗌 F 🗌 Date de naissance (jj/mn	n/aaaa):
Code d'anonymat:			1 1
Signes cliniques: Signes cliniques:			
Signes cliniques: Date des 1 ^{co} signes cliniques: Hospitalisation: Oui	•		fication:
Date de stem signes cliniques:	· ·		
Hospitalisation: Oui			
Evolution: Encore malade Guérison Décès Si décès, date :			
Evolution: Encore malade Guérison Décès Si décès, date:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
Virologie: Date:	Evolution : Encore malade Guérison Déc		1
Date: Typte de virus: Laboratoire (Nom):			
Laboratoire (Nom):	/irologie :		
Identification par :	Date :	Typte de virus :	
Identification par:		I showateire (News)	
Isolement	Idontification now.	Laboratoire (Nom):	
Sérologie Oui Non Précisez: Autres Oui Non Précisez: Drigine de la contamination: Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes): Oui Non Sioui, précisez: Lieux suspectés de contamination: Type d'exposition: Date de retour en NC: Date de retour en NC: Sioui, précisez le nombre: Todate de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre: 1. Année naissance: 2. Année naissance: 3. Année naissance:		Non 🗆	
PCR Oui Non Précisez:	isoterient our E		
Origine de la contamination: Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes): Oui Non Lieux suspectés de contamination: Type d'exposition: Date de retour en NC: Autres malades dans l'entourage: Oui Non Si oui, précisez le nombre: 1. Année naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre: 1. Année naissance: 2. Année naissance: 3. Année naissance: 3. Année naissance: 4. Année naissance: 4. Année naissance: 4. Année naissance: 4. Année naissance: 5. Année naissance: 5. Année naissance: 5. Année naissance: 6. Année naissance: 7. Année naissance: 8. Année naissance: 9. Ann			
Origine de la contamination: Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes): Oui Non Si oui, précisez: Le pays:			
Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début des signes): Oui Non Si oui, précisez : Le pays : Lieux suspectés de contamination : Lieux suspectés de contamination : Date de retour en NC : Autres malades dans l'entourage : Oui Non Si oui, précisez le nombre : Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre : 1. Année naissance :			
Lieux suspectés de contamination : Type d'exposition : Date de retour en NC : Date de ret	Origine de la contamination :		
Lieux suspectés de contamination :	Séjour à l'étranger (dans les 3 semaines précédant le début	des signes) : Oui \square Non \square	
Type d'exposition : Date de retour en NC : Autres malades dans l'entourage : Oui Non Si oui, précisez le nombre : Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre : 1. Année naissance : Année n	Si oui , précisez : Le pays :		
Date de retour en NC :	Lieux suspectés de contamination :		
Autres malades dans l'entourage : Oui Non Si oui, précisez le nombre : Non Si oui, précisez le nombre : Non Si oui, précisez le nombre : Non Si oui, précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre : 1. Année naissance : Nonée na	Type d'exposition :		
Si oui, précisez le nombre :		etour en NC :	
Précisez l'année de naissance des autres malades en leur attribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaque malade cliniquement possible ou confirmé en indiquant le numéro d'ordre : 1. Année naissance :	Autres malades dans l'entourage : Oui 🗌 N	on \square	
2. Année naissance :	Si oui, précisez le nombre :		
2. Année naissance :		ribuant un numéro d'ordre et remplir une fiche pour chaqu	ue malade cliniquement possible ou
3. Année naissance :	1. Année naissance :		
3. Année naissance :			
	2. Année naissance :		
Pronhylaxie:	3. Année naissance :		
Prophylaxie:			
Prophylaxie:			
	Prophylaxie:	L No.□	
Isolement du malade : Oui U Non U Si oui, date : U U U U U U U U U U U U U U U U U U	_	. <u> </u>	
Existence de cas secondaire dans l'entourage : Oui \square Non \square Information du personnel médical et paramédical : Oui \square Non \square			