



FIEVRE EBOLA

FORMULAIRE DE DECLARATION DE SANTE « EVALUATION D'ETAT DE SANTE DU VOYAGEUR »

N° siège occupé _____	N° siège à l'embarquement _____	
Nom _____	Prénoms _____	Sexe _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____	ou Age _____ ans	Profession _____
Numéro de téléphone _____	e-mail _____	

N° Identité (CNI/Passeport) _____	
Pays de provenance _____	Durée de séjour _____
Destination finale (Pays) _____	
Résidence en Côte d'Ivoire : Ville _____	Commune _____
Quartier _____	Téléphone _____

1) Voyagez-vous ... (cochez la case correspondant au type de voyage)

Seul <input type="checkbox"/>	En couple <input type="checkbox"/>	Avec votre famille <input type="checkbox"/>	En groupe <input type="checkbox"/>
-------------------------------	------------------------------------	---	------------------------------------

2) Au cours des 21 jours précédant votre départ, avez-vous été hospitalisé ? Non Oui **Si oui, indiquez le lieu :** _____
Précisez le motif : _____

3) Au cours des 21 jours précédant votre départ, avez-vous consulté un médecin ou tout autre professionnel de la santé pour un problème de santé, Non Oui. **Si oui, cochez les cases correspondant aux différents signes que vous avez présenté.**

Fièvre <input type="checkbox"/>	Céphalées <input type="checkbox"/>	Douleurs musculaires <input type="checkbox"/>	Fatigue générale <input type="checkbox"/>
Nausées <input type="checkbox"/>	Vomissements <input type="checkbox"/>	Douleurs abdominales <input type="checkbox"/>	Diarrhées <input type="checkbox"/>
Maux de gorge <input type="checkbox"/>	Toux <input type="checkbox"/>	Saignement du nez <input type="checkbox"/>	Saignement de la bouche <input type="checkbox"/>
Saignement des yeux <input type="checkbox"/>	Diarrhée rouge <input type="checkbox"/>	Sang dans les urines <input type="checkbox"/>	Eruptions cutanées <input type="checkbox"/>
Autres (préciser) _____			

FIÈVRE EBOLA

- 4) Au cours des 21 jours précédant votre départ, avez-vous consulté un tradipraticien (guérisseur traditionnelle) Non Oui. **Si oui,**

Indiquez le lieu : _____
Précisez le motif : _____

- 5) Des cas suspects ou confirmés de fièvre Ebola ont-ils été déclarés au sein de votre famille ou votre entourage ? Non Oui
- 6) Des personnes de votre famille ou de votre entourage ont-ils été déclarés sujet contact d'un cas de fièvre Ebola ? Non Oui
- 7) Au cours des 21 jours précédant votre départ, avez-vous été en contact avec un cas suspect ou un cas confirmé de fièvre Ebola ? Non Oui
- 8) Au cours des 21 jours précédant votre départ, Avez-vous été en contact avec un animal de brousse ? Non Oui. **Si oui, cochez les cases correspondant aux différents animaux avec lesquels vous avez eu un contact .**

Chauves-souris <input type="checkbox"/>	Chimpanzés <input type="checkbox"/>	Gorilles <input type="checkbox"/>
Singes <input type="checkbox"/>	Antilopes <input type="checkbox"/>	Agoutis <input type="checkbox"/>
Porcs-épics <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) _____	

- 9) Au cours des 21 jours précédant votre départ, avez-vous participé aux funérailles d'un sujet décédé de fièvre Ebola ? Non Oui
- 10) Au cours des 21 jours précédant votre départ, Avez-vous participé aux funérailles d'un sujet décédé de cause inconnue ? Non Oui

Je (le concerné), déclare avoir lu et compris le formulaire ci-dessus et déclare que toutes mes réponses sont exactes. Je comprends aussi que toute assertion inexacte ou fautive peut constituer un risque de santé publique pour le pays d'accueil.

Signature _____ Date _____ Heure _____

J'ai relu cette déclaration et, à ma connaissance, son contenu et les réponses sont exacts.