

Questionnaire en cas de suspicion de maladie à virus Ebola

Pour le personnel sans formation médicale

Countries with Ebola virus disease (EVD): [Smittskyddsläkaren County Medical Officer](#), [WHO](#) and [Public Health Agency of Sweden](#) update information about spread of EVD.

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: ____/____/____

Coordonnées (Hôtel, groupe, Téléphone/ adresse électronique):

Symptômes	Oui	Non	Ne sait pas
Fièvre, si oui indiquer la température			
Vomissements			
Douleurs musculaires			
Faiblesse			
Saignements du nez ou de la bouche, Dans le vomi ou dans les selles, urine de couleur foncée ou sanglante?			
Date du premier symptôme? (JJ/MM/AAAA)____/____/____/ Pays visité(s) au cours des 21 jours précédant le premier symptôme: _____			
Uniquement pour les participants ayant voyagé dans des pays atteints par la maladie à virus Ebola:	Oui	Non	Ne sait pas
A rencontré une personne malade avec les symptômes suivants: vomissements, diarrhée ou saignements au cours des 3 dernières semaines?			
A rencontré une personne décédée au cours des 3 dernières semaines?			
A participé à un enterrement au cours des 3 dernières semaines?			