REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET PREVENTION

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE MONKEYPOX ET FIEVRES HEMORRAGIQUES VIRALES

FICHE D'INVESTIGATION DE CAS DE MONKEYPOX

Identifiant unique : **Date de notification (J, M, A)** __/__/__

1. Statut du patient

☐ Vivant ☐ Décédé Si décédé, date du décès (J, M, A) ___/___/___

Lieu du décès (Nom du village) _____

Pays_____ Province : _____

Présence d'une cicatrice du vaccin contre la variole ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

2. Information sur le patient

Nom_____ Post-nom : _____ Prénom_____

Date de naissance (J, M, A) ___/___/___ Âge (année, mois, jours) _____ Sexe ☐ M ☐ F

Nationalité_____ Ethnicité/tribu _____

Lieu de résidence permanente

Nom du chef de la famille _____

Village /Ville_____ Quartier (facultatif) _____

Zone de Sante _____ Aire de Santé _____

Pays de résidence _____

Profession du patient (cocher toutes les cases correspondantes)

- ☐ Enfant (non étudiant)
- ☐ Étudiant
- ☐ Marchand de gibier
- ☐ Marchand (autre)
- ☐ Chasseur
- ☐ Médecin traditionnel
- ☐ Employé de maison
- ☐ Planteur/Fermier
- ☐ Mineur
- ☐ Personnel de santé (préciser ci-dessous)

  _____
- ☐ Autre profession

  _____

Endroit où le patient est tombé malade :

Province _____Village/ville _____Zone de santé_____

Aire de santé _____

Coordonnées GPS de la maison : Latitude_____ ; Longitude_____

Si ce n'est pas la résidence permanente, Dates de résidence dans cet endroit : __/__/___ au __ /__/__

3. Symptômes et signes cliniques présentés

Le patient a une maladie à éruption cutanée? ☐ Oui ☐ Non OU

Date de l'apparition de l'éruption cutanée (J, M, A) : __/___/___

Le patient a-t-il eu de la fièvre? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, date de début de la fièvre (J, M, A) : ___/___/___

La fièvre a-t-elle précédé l'éruption cutanée? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si la maladie est active, avec éruption cutanée, ou présence de cicatrices, compter le nombre de lésions ou de cicatrices situées sur les endroits suivants :

Visage : ____ Paume des mains : ____
Thorax : ____ Plante des pieds : _____
Extrémités supérieures : ____ Muqueuse génitale : ____

Si la maladie est active,

a. Les lésions sont-elles au même stade de développement sur tout le corps? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

b. Toutes les lésions sont-elles une taille et une forme semblables? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

c. Les lésions sont-elles dures et profondes? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Faites le ressembler de lésions à:



a. ☐ Oui ☐ Non



b. ☐ Oui ☐ Non



c. ☐ Oui ☐ Non



d. ☐ Oui ☐ Non

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté les symptômes suivants (cocher toutes les cases correspondantes)

Vomissements/nausées	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Toux	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Adénopathie inguinale	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Adénopathie axillaire	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Adénopathie cervicale/sous-maxillaire	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Frissons ou sueur	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Douleur à la gorge en avalant	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Ulcères buccaux	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Maux de tête	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Lésions accompagnées de démangeaisons	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Douleur musculaire (myalgie)	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Fatigue	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Conjonctivite	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Sensibilité à la lumière	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas
Le patient était-il alité ?	☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sais pas

4. Informations sur l'hospitalisation et complications éventuelles

Au moment de cette investigation, le malade est-il hospitalisé ? ☐Oui ☐ Non
Si oui, Date d'hospitalisation (J, M, A) __ /__/__ Nom de l'hôpital_____ Village/Ville _____
Zone de Santé _____
Le malade est-il en isolement ☐Oui ☐Non Si oui, Date d'isolement (J, M, A) __/__/__

Le malade était-il hospitalisé ailleurs ou a visité un centre de soins (moderne ou traditionnel) pour la maladie actuelle ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, Veuillez compléter une ligne ci-dessous pour chacune des hospitalisations précédentes :

Dates d'hospitalisation	Nom du centre de soins	Village/ville	Aire de Santé/Zone de santé
__/__/__ - __/__/__ (J, M, A)			
__/__/__ - __/__/__ (J, M, A)			

Le patient présente-t-il de complications ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle (Cocher tout ce qui s'y réfère)

- ☐ Surinfection cutanée,
- ☐ Infection respiratoire,
- ☐ Détresse respiratoire aigüe
- ☐ Cécité
- ☐ Coma
- ☐ Insuffisance rénale
- ☐ Dénutrition/déshydratation

5. Facteurs d'exposition

Le patient a-t-il été en contact avec une ou des personnes présentant des symptômes similaires durant les trois semaines précédant l'apparition des symptômes ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, répondez aux questions suivantes concernant ces personnes malades (indiquer toutes les personnes malades). Au besoin, utilisez le verso de la page comme espace additionnel.

Nom _____ Prénom _____ Liens avec le patient_____

Première date de contact avec la personne malade (J, M, A) ___/___/___ Statut : ☐ Vivant ☐ Décédé

Interaction avec cette personne (cocher toutes les cases correspondantes) :

- ☐ Contact familial/vivent ensemble
- ☐ Ont préparé de la nourriture ensemble
- ☐ Ont partagé un lit/dormi
- ☐ S'est occupé de cette personne malade
- ☐ Camarade d'école ou de jeu
- ☐ Se sont rencontrés au marché
- ☐ Ont chassé ensemble
- ☐ Ami/relation sociale
- ☐ Ont été à l'église, ont assisté à un service religieux ensemble
- ☐ Autre_____ ____

Type de contact (cocher toutes les cases correspondantes)

- ☐ Type 1 : Contact direct avec les lésions cutanées (Incluant le contact sexuel)
- ☐ Type 2 : Contact avec des secrétions/excrétions du malade (sang, vomissures, salives, urines, selles)
- ☐ Type 3 : A dormi ou mangé avec, ou séjourné dans la même maison ou pièces que le malade

Le patient a-t-il touché un animal domestique ou sauvage ou mordu par celui-ci durant les trois semaines précédant l'apparition des symptômes?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, quelle sorte d'animal_____

Date de contact ___/___/___

Type de contact (cocher toutes les cases correspondantes)

- ☐ Rongeurs vivant dans la maison
- ☐ Animal vivant provenant de la forêt
- ☐ Animal mort provenant de la forêt
- ☐ Animal acheté pour sa viande

Le patient a-t-il voyagé en dehors de chez lui ou de son village/ville avant la maladie actuelle ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Si oui, Village_____ Zone de Santé_____ Date (J, M, A) __/__/__

Le patient a-t-il été hospitalisé, a-t-il consulté dans un hôpital ou visité quelqu'un hospitalisé avant la maladie actuelle ?

Si oui, Nom du patient_____ Date(s) (J, M, A) : __/__/__ au __ /__/__

Nom du centre Médical _____Village _____ Zone de Santé_____

6. Prélèvements d'échantillon de laboratoire réalisés

A accepté le prélèvement d'échantillon ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, date (J, M, A) ___/___/___

Type : ☐ Croûtes ☐ Ecouvillon (swab) ☐ Prélèvement sanguin

Prélevez au moins deux échantillons de croutes ou swab provenant de deux parties différentes du corps du patient.

Tous commentaires additionnels au sujet du cas:

_____

_____

_____

_____

7. Classification du cas

☐ Cas suspect ☐ Cas probable ☐ Cas confirmés ☐ Non cas ☐ Cas non actif

8. Information sur la personne remplissant la fiche

Noms et prénoms (Lister si équipe) : _____

Fonctions et institution : _____

Téléphone : _____Email :_____

Date de remplissage de la fiche (J,M,A) : ___ /___/___ Lieu d'investigation :_____

9. Information sur la personne fournissant les informations (autre que le patient, si applicable)

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe M F Age : _____

Adresse : _____ Aire de Santé : _____ Zone de Santé :_____

Province : _____ Pays : _____ Téléphone : _____

Lien avec le patient : _____

_____

Cas signalé par (cocher toutes les cases correspondantes et préciser)

- ☐ Équipe mobile, n° _____
- ☐ Centre de santé _____
- ☐ Hôpital_____
- ☐ Autre : _____