**COVID-19**

# MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

## DIRECTION D'EPIDEMIOLOGIE, DES LABORATOIRES ET DE LA RECHERCHE (DELR)

## Fiche de Surveillance de COVID-19

DATE DE NOTIFICATION : _____ /_____ /_____ (*Jour / Mois / Année*) DATE D'INVESTIGATION : _____ /_____ /_____ (*Jour / Mois / Année*)

NOM DE L'INSTITUTION : ---------- DÉPARTEMENT : ---------- COMMUNE : ----------

**INFORMATIONS SUR LA PERSONNE**

ID PATIENT OU # DOSSIER (SI INSTITUTION) ---------- NIF ou CIN : ----------

NOM :---------- PRÉNOM: ----------NATIONALITÉ----------

SEXE : ☐ Masculin ☐ Féminin (☐ *Femme enceinte*) Age de la grossesse : ---------Semaines PÉRIODE POST-PARTUM : ☐ Oui ☐ Non (*moins 6 Semaines)*

DATE DE NAISSANCE : _____/_____/_____ (*Jour/Mois/Année*) AGE : _____ ☐ Jour (<1 mois) ☐ Mois (<*1 an*) ☐ Année

QUARANTAINE : ☐Oui ☐Non DATE QUARANTAINE : ------/--------/--------- (Jour/Mois/Année) TYPE QUARANTAINE : ☐ Institution ☐ Domiciliaire

HOSPITALISÉ(E) avant le résultat du test COVID-19 ☐Oui ☐Non DATE D'ADMISSION : ---------/--------/---------- LIEU : ----------

VACCINÉ(E) : ☐ Oui ☐ Non Dose(s) : ---------- Date Dernière dose : ----------/---------/----------

TÉLÉPHONE : ---------- ADRESSE PRÉCISE EN HAÏTI (*Domicile ou Hôtel*) : ----------

COMMUNE : ---------- DÉPARTEMENT : ---------- SECTION COMMUNALE----------

OCCUPATION : ---------- PERSONNEL DE SANTÉ : ☐ Oui ☐ Non

PAYS OÙ IL(ELLE) TRAVAILLE ---------- VILLE ----------INSTITUTION :----------

PERSONNE À CONTACTER : ---------- TEL :----------EMAIL :----------

ADRESSE PRÉCISE : ----------

Nombre de personnes contact (Maison, Travail, Autres) ---------- Lister les 10 premiers➔

| No | ID (NIF/CIN) | NOM ET PRENOM | Type de Relation avec le contact | Téléphone |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

**SIGNES/ SYMPTOMES ET COMORBIDITÉ**

LA PERSONNE EST SYMPTOMATIQUE : ☐ Oui ☐ Non SI OUI, DATE DÉBUT SYMPTOMES : _____ / _____ / _____ (*Jour / Mois / Année*)

SIGNES ET SYMPTOMES:

Fièvre ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Courbatures ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Toux ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Difficultés Respiratoires ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Asthénie ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Diarrhée ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Céphalée ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Perte du gout (Agueusie) ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Anosmie ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Autres symptômes : ----------

**COMORBIDITÉ & HABITUDES :**

☐ HTA ☐ Maladies respiratoires sévères ☐ Cancer ☐Immunodéficience/VIH ☐ Diabète

☐TB ☐ Cirrhose du foie ☐ Malnutrition Maladie Cardio-vasculaire ☐ Maladies neurologique ou neuromusculaire chroniques ☐

☐Maladie rénale ☐ Obésité (IMC>35) ☐ Allergique ☐ Fumeur ☐ Alcoolique ☐ Autres, préciser----------

CONFIDENTIEL

## FACTEURS DE RISQUE ET HISTOIRE DE VOYAGE

**NOTION DE CONTACT → 14 JOURS AVANT APPARITION DES SYMPTOMES :**

Contact avec une personne qui a voyagé dans un pays ou une ville à risque de COVID-19 ☐ Oui ☐ Non
Visite dans un établissement de prise en charge de COVID-19 ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Contact étroit avec un cas confirmé de COVID-19 ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu
Contact étroit avec une personne décédée de la COVID-19 ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu Nombre de contacts : ----------

| No | ID (NIF/CIN) | NOM ET PRENOM | Date 1er contact | Date dernier contact |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | / / | / / |
| 2 | | | / / | / / |
| 3 | | | / / | / / |

**HISTOIRE DE VOYAGE → 14 JOURS AVANT APPARITION DES SYMPTOMES :**

Histoire de voyage ou de séjour dans un pays ou une ville affectée par le COVID-19 ☐ Oui ☐ Non
Nombre de pays visités : _____ Nombre de villes visitées : _____

## PAYS ET VILLES VISITÉS

| # | Pays | Ville | Date d'arrivée au pays/ville visité(e) | Date de départ du pays/ville visité (e ) | Date d'entrée en Haiti (si la ville visitée est hors d'Haiti) |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | | | / / | | / / |
| **2** | | | / / | | / / |
| **3** | | | / / | | / / |

## DIAGNOSTIC ET STADE CLINIQUE DU PATIENT

MOTIF DU TEST : ☐ Cas suspect ☐ Cas contact ☐ Retesting ☐ Voyage ☐ Travail

ECHANTILLON PRÉLEVÉ : ☐ Oui ☐ Non DATE PRÉLÈVEMENT : _____/_____/_____

PRÉLÈVEMENT NASOPHARYNGÉ : ☐ Oui ☐ Non DATE PRÉLÈVEMENT : _____/_____/_____

PRÉLÈVEMENT OROPHARYNGÉ : ☐ Oui ☐ Non DATE PRÉLÈVEMENT : _____/_____/_____

PRÉLÈVEMENT SERUM : ☐ Oui ☐ Non DATE PRÉLÈVEMENT : _____/_____/_____

DATE RÉCEPTION AU LABORATOIRE : ----------/----------/----------

RÉSULTAT ☐ PCR ☐ TRA : ☐ POSITIF ☐ NÉGATIF ☐ NON-CONCLUANT DATE RÉSULTAT : ----------/----------/----------

**EVOLUTION CLINIQUE DU PATIENT →(SI RESULTAT POSITIF)**

☐ Cas léger ☐ Cas modéré ☐ Cas sévère

**ISOLEMENT ET PRISE EN CHARGE**

☐ Domicile ☐ Institution (Si Institution) → Nom de l'Institution :----------

Date hospitalisation : --------/--------/---------- Ventilation mécanique : ☐ Oui ☐ Non Durée ventilation (En Jours) : ----------

Soins Intensifs : ☐ Oui ☐ Non Durée en soin intensif (En Jours) : ----------

**RESULTAT LABO A LA SORTIE (SI C'ETAIT FAIT)**

RÉSULTAT A LA SORTIE ☐ PCR ☐ TRA : ☐ POSITIF ☐ NÉGATIF

**SORTIE DU PATIENT**

☐ Rétabli Date exéat : Date -------/---------/---------- ☐ Décédé Date décès : ------/--------/---------- ☐ Perdu de vue

## INFORMATIONS SUR L'INVESTIGATEUR

NOM ET PRÉNOM : _____ INSTITUTION : _____

ADRESSE EMAIL : _____ TÉLÉPHONE : _____

**OBSERVATIONS :**

CONFIDENTIEL