République Tunisienne
Ministère de la Santé

المرصد الوطني للأمراض الجديدة و المستجدة
Observatoire National des Maladies Nouvelles et Émergentes

Fiche de signalement des cas suspects "d'Infection au Monkeypox virus"

Date de signalement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Coordonnées du déclarant (Tampon)		
Nom Prénom……	Tél :……	Email : ……
Lieu d'exercice : □ public □ privé Préciser ……		

I- Identification du patient :

Nom et Prénom : ……	Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|	Sexe : □M □F
Adresse de résidence en Tunisie:----------		
Gouvernorat : ---------- Délégation : ---------- Code postal |_|_|_|_|		
Nationalité : ……	Résident permanent □ OUI □ NON Si non, pays d'origine …… motif de la visite ……	
Numéro de téléphone : ----------	Activité : ----------	

II- Confirmation biologique du diagnostic : □ Oui □ Non

Type de prélèvement :
□ Prélèvement oropharyngé : □ lésion cutanée □ énanthème buccal □ prélèvement sanguin □ autre, à préciser……

Technique utilisée : □ PCR □ microscopie électronique

Diagnostic d'espèce : □ monkeypox □ autre orthopoxvirus, préciser…… □ Diagnostic d'espèce non réalisé

III- Informations Cliniques

Date de début de signes|_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Hospitalisation : □ Oui □ Non si oui, Date d'hospitalisation : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Lieu d'hospitalisation : ……
Évolution : □ guérison □ en cours □ décès □ séquelles, préciser……

Origine possible de la contamination

□ Contact avec au moins un cas humain d'orthopoxvirose: □ oui, cas confirmé □ oui, cas suspect □non, □ ne sais pas
Si contact avec au moins 1 cas d'orthopoxvirose confirmé biologiquement préciser type ……
Si oui, date ou période de contact dans les trois semaines précédant les premiers signes : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| à : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
□ séjour à l'étranger dans les trois dernières semaines si oui, pays ……Date de retour: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
□ contact avec un animal infecté si oui, espèce animale concernée ……
L'orthopoxvirose animale était-elle : □ suspectée □ confirmée
Le patient exerce-t-il une profession médicale ou paramédicale : □ oui □ non Si oui, laquelle :……

Vaccination antivariolique du patient : □ Oui □ Non

Si oui, Date de vaccination: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Mesures de contrôle (variole)

Isolement du malade : □ Oui □ Non si oui, Date de début de l'isolement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Nombre de sujets contacts identifiés : |_|_| Nombre de sujets contacts vaccinés : |_|_| □ ne sait pas
Nombre de sujets contacts vaccinés dans les 4 jours suivant le premier contact avec le cas index en phase symptomatique : |_|_| □ ne sait pas

Autres cas dans l'entourage (suspectés ou confirmés): □ Oui □ Non □ ne sait pas Si oui, nombre (si moins de 10): |_|_|
10 ou plus |_|