

FICHE DE SURVEILLANCE INFECTION A CORONAVIRUS AUX POINTS D'ENTREE

(Coronavirus disease surveillance form)

Date d'arrivée : (Jour / Mois / Année)/...../.....

I. IDENTIFICATION

Nom et Prénom (Family name and First name) :.....

Profession :.....

Sexe (Sex) : H F N° de vol :.....N° Siege dans l'avion :.....

Pays de provenance :.....

Pays séjournés / transités les 14 derniers jours (Countries stayed / transited the last 14 days) :.....

Adresse au Mali Lieu et Téléphone (Adress in Mali) :.....

.....

II. RENSEIGNEMENTS SUR L'INFECTION A CORONAVIRUS	OUI (YES)	NON (NO)
Avez-vous séjourné ces 2 dernières semaines dans un pays touché par Coronavirus ? (Have you been in Coronavirus infected country during the last weeks ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été en contact avec un malade suspect ou infecté par le Coronavirus ? (Have you been in contact with Coronavirus suspected or infected patient ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous actuellement des signes suivants ? (Do you suffer from the following signs ?)		
Fièvre ou corps chaud ? (Fever ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête ? (Headaches ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue ? (Weakness ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés respiratoires ? (Breathing difficulties ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de ventre ? (Stomachache ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume ? (Cold ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de gorge ? (Angina ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur thoracique ? (Chest pain ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que cas alerte :

FICHE DE SURVEILLANCE INFECTION A CORONAVIRUS AUX POINTS D'ENTREE

(Coronavirus disease surveillance form)

Date d'arrivée : (Jour / Mois / Année)/...../.....

I. IDENTIFICATION

Nom et Prénom (Family name and First name) :.....

Profession :.....

Sexe (Sex) : H F N° de vol :.....N° Siege dans l'avion :.....

Pays de provenance :.....

Pays séjournés / transités les 14 derniers jours (Countries stayed / transited the last 14 days) :.....

Adresse au Mali Lieu et Téléphone (Adress in Mali) :.....

.....

II. RENSEIGNEMENTS SUR L'INFECTION A CORONAVIRUS	OUI (YES)	NON (NO)
Avez-vous séjourné ces 2 dernières semaines dans un pays touché par Coronavirus ? (Have you been in Coronavirus infected country during the last weeks ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été en contact avec un malade suspect ou infecté par le Coronavirus ? (Have you been in contact with Coronavirus suspected or infected patient ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous actuellement des signes suivants ? (Do you suffer from the following signs ?)		
Fièvre ou corps chaud ? (Fever ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête ? (Headaches ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue ? (Weakness ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés respiratoires ? (Breathing difficulties ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de ventre ? (Stomachache ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume ? (Cold ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de gorge ? (Angina ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur thoracique ? (Chest pain ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres à préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce que cas alerte :