

Elimination des excréta :

	Oui	Non	
Latrine avec fosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chasse d'eau (WC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trou dans la parcelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser) : _____

STATUT VACCINAL

La personne a-t-elle été vaccinée ? Oui Non Ne sait pas

Si Oui, quel est le nombre de doses reçus : Une (1) dose Deux (2) doses

Date de la première dose : ____/____/____

Date de la seconde dose : ____/____/____

PRELEVEMENT DES ECHANTILLONS

Le prélèvement des échantillons a été fait avant l'antibiothérapie : Oui Non

ANALYSE DE LABORATOIRE

TYPE DE SPECIMEN	PRELEVEMENT SPECIMEN	Résultat du test rapide	Serotype :
Selles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> VCo1 <input type="checkbox"/> VCo139 <input type="checkbox"/> VCo1 et o139
	Date de prélèvement ____/____/____	Date de réception au laboratoire national ____/____/____	Résultat au labo
	Date d'expédition ____/____/____		<input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
			Date de transmission des résultats ____/____/____
			Agent pathogène : _____ _____

AUTRES INFORMATIONS

Le cas est : Vivant Décédé Date du décès (si décédé) ____/____/____

Hospitalisé Lieu _____ Date d'admission ____/____/____ Date d'exéat ____/____/____

CLASSIFICATION FINALE

Choléra	<input type="checkbox"/> PROBABLE	<input type="checkbox"/> CONFIRME	<input type="checkbox"/> ECARTE
Salmonellose	<input type="checkbox"/> PROBABLE	<input type="checkbox"/> CONFIRME	<input type="checkbox"/> ECARTE
Shigellose	<input type="checkbox"/> PROBABLE	<input type="checkbox"/> CONFIRME	<input type="checkbox"/> ECARTE

Autre diagnostic (préciser) : _____

COORDONNEES DE L'INVESTIGATEUR

Institution : _____

Nom et Prénom _____ Département _____ Commune _____

Téléphone : _____ - _____ E-mail : _____

OBSERVATIONS
