MINISTERE DE LA SANTE ET DU DEVELOPPEMENT SOCIAL REPUBLIQUE DU MALI

----------------- Un Peuple - Un But – Une Foi

GOUVERNORAT DU DISTRICT DE BAMAKO -----------------

 -

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

# 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 ?) |  |  |
| 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 ?) |  |  |
| Souffrez-vous actuellement des signes suivants ?(Do you suffer from the following signs ?) |
| Fièvre ou corps chaud ? (Fever ?) |  |  |
| Maux de tête ? (Headeaches ?) |  |  |
| Fatigue ? (Weakness ?) |  |  |
| Difficultés respiratoires ? (Breathing difficulties ?) |  |  |
| Maux de ventre ? (Stomachache ?) |  |  |
| Rhume ? (Cold ?) |  |  |
| Maux de gorge ? (Angina ?) |  |  |
| Douleur thoracique ? (Chest pain ?) |  |  |
| Autres à préciser : |  |  |

Est-ce que cas alerte :