

**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) : .....

| <b>II. RENSEIGNEMENTS SUR L'INFECTION A CORONAVIRUS</b>  | <b>OUI<br/>(YES)</b>     | <b>NON<br/>(NO)</b>      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Avez-vous séjourné ces 2 dernières semaines dans un pays touché par Coronavirus ?<br>(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 ?<br>(Have you been in contact with Coronavirus suspected or infected patient ?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souffrez-vous actuellement des signes suivants ?<br>(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 :