



Questionnaire épidémiologique sur les facteurs de risque à l'intention des citoyens africains

INFORMATION DE VOL – ARRIVÉE AU PARAGUAY

Compagnie aérienne : _____ # du vol : _____ # du siège : _____

Pays de départ : _____ Date de départ : ____/____/____

Date et heure d'arrivée : ____/____/____ (____:____)

Correspondances dans les 21 derniers jours (précisez les pays, villes et vols) :

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom de famille et prénom : _____

Citoyenneté : _____ Document : Pièce d'identité () N° du passeport ()

Date naissance : ____/____/____ Âge : _____ Sexe : M () F ()

Adresse (Rue/numéro/quartier/ville) _____

Occupation : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse électronique : _____

INFORMATIONS SUR LE PAYS D'ORIGINE

Pays (ville, région): _____

Pays visités au cours des 21 derniers jours : _____

Avez-vous reçu des informations au sujet d'éclosions ou d'épidémies dans le pays d'origine ? (OUI) ()

NON ()



Type de logement : Appartement () Camping () Hôtel () Croisière () Maison ()

Autre () Précisez _____

INFORMATIONS SUR LE RISQUE D'EXPOSITION À DES MALADIES INFECTO-CONTAGIEUSES DANS LES 21 DERNIERS JOURS (CONFORMÉMENT AUX RÈGLEMENTS SANITAIRES INTERNATIONAUX)

Si vous provenez d'un pays à risque d'une maladie infectieuse, répondez aux questions suivantes :

Avez-vous été en contact avec des personnes atteintes de l'Ebola (EVE) ou suspectées d'en être atteintes ? OUI () NON ()

Avez-vous été en contact avec des animaux sauvages et/ou avez-vous manipulé de leurs tissus ? OUI () NON ()

Veuillez préciser _____

Avez-vous été en contact avec des personnes atteintes de : Cholera () Rougeole () Maladie respiratoire aiguë () Malaria ()

Avez-vous été atteint d'une maladie dans votre pays de résidence ou dans un pays visité au cours des 21 derniers jours ? OUI () NON ()

Quel pays ? _____

Êtes-vous allé chez le médecin à ce moment-là (dans l'affirmative, indiquez la raison) ? OUI () NON ()

Fièvre () Maux de tête () Douleurs articulaires () Éruption cutanée () Peau jaunâtre () Saignement de la peau et des muqueuses () Diarrhée () Difficulté de respiration () Autre : _____

Diagnostic : _____

VACCINS OBLIGATOIRES ET RECOMMANDÉS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Avez-vous une carte de vaccination internationale contre la fièvre jaune ? OUI () NON ()

Avez-vous un certificat de vaccination contre la : Poliomyélite () Rougeole () Diphtérie () ?

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE SÉJOUR AU PARAGUAY

Adresse : _____ Téléphone : _____



Raison de votre séjour : Travail () Études () Tourisme () Visite familiale () Autre :

Je déclare que mes réponses à toutes ces questions sont véridiques et j'assume la responsabilité de leur exactitude et de toute omission qu'elles pourraient contenir.

Signature _____

Date ____/____/____