

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
.....
SECRETARIAT GENERAL
.....
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
.....
DIRECTION GENERALE ADJOINTE
CHARGEE DES PROGRAMMES ET
SERVICES NATIONAUX
.....

REPUBLIQUE GABONAISE
Union – Travail – Justice

FORMULAIRE ENQUÊTE FILAIRES

ENQUETEUR : **DATE :** / / /

N° IDENTIFICATION :

NOM et PRENOM :

Accord pour le dépistage

SIGNATURE :

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Age : _____ Sexe : _____

Nombre de personnes vivant dans le foyer : _____

Lieu de naissance : _____ Nationalité : _____

Depuis combien de temps habitez-vous à : _____

Statut matrimonial : Marié(e) Veuf Divorcé(e) Concubinage Célibataire

Nombre de partenaires/ épouses / co-épouses : Aucun 1 2 3 Plus

Nombre d'enfants à charge : _____ Age du dernier enfant : _____

Niveau d'éducation : Jamais scolarisé Etudes primaires
 Etudes secondaires Etudes universitaires

Profession et/ou occupation principale : _____

ANTECEDENTS MEDICAUX

Scarification : OUI / NON

Tatouage : OUI / NON

Avez-vous déjà été opéré ? : OUI / NON si OUI, quelle année ? _____
De quoi ? _____

Avez-vous déjà reçu des injections durant les 6 derniers mois ? : OUI / NON

Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ? : OUI / NON, si OUI, date de la dernière : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé ? : OUI / NON si OUI, nombre de fois : _____
Motifs : _____

Nombre d'accouchements : _____ A domicile : _____ Dans une structure sanitaire : _____

Avortements : OUI / NON si OUI, combien ? _____

QUESTIONS RELATIVES AUX FILAIRES

Avez-vous ou avez-vous eu au cours des 12 derniers mois, ou avant, les symptômes suivants :

- Passage oculaire de filaires OUI / NON
- Des œdèmes douloureux des membres: OUI / NON
- Des démangeaisons : OUI / NON
- Des lésions cutanées type nodules: OUI / NON
- Des arthralgies ou arthrites : OUI / NON
- Un hydrocèle : OUI / NON
- Un éléphantiasis : OUI / NON

QUESTIONS D'ORDRE GENERAL

Avez-vous récemment présenté les symptômes suivants :

- Toux nocturne: OUI / NON
- Fièvres fréquentes : OUI / NON
- Pertes (vaginales et/ou urétrales) : OUI / NON
- Douleurs abdominales/ Rate/ Foie : OUI / NON
- Troubles neurologiques : OUI / NON, si OUI, lesquels : Epilepsie, Polynévrte, Paralysie, Autres
- Ganglions : OUI / NON si OUI, localisation :

HABITUDES DE VIE

Êtes-vous chasseur ? : OUI / NON , si OUI, pratiquez-vous : La chasse de proximité La chasse profonde
Quels animaux
Comment : Par le filet/ Piège/ Fusil

Consommez-vous du gibier ? : OUI / NON, Si OUI, lesquels ? Singe Rat Palmiste
Ecureuil Gazelle Antilope Porc Epic
Chauves-souris

Cuisinez-vous le gibier ? OUI / NON, Le dépecez-vous ? OUI / NON

Avez-vous déjà gardé des animaux sauvages ? : OUI / NON si OUI, lesquels ? : _____

ENQUÊTE SANTÉ

Bon pour résultat du test sanguin à venir chercher au Centre Médical de votre localité.

ATTENTION, par souci d'anonymat, seul ce document permet de récupérer ses résultats. Toute perte de ce document signifie la perte définitive des résultats.

N° D'IDENTIFICATION :

Signature pour accord :

Le patient qui désire connaître ses résultats doit impérativement signer à la fois ce bon et la fiche qui y est associée. Il faut assurer aux patients le caractère très confidentiel du rendu des résultats. Seul le bon permet de récupérer ses résultats. En cas de perte, tout rendu est impossible.

En cas de positivité, un nouveau prélèvement sera proposé pour confirmation du résultat comme le demande la procédure légale.