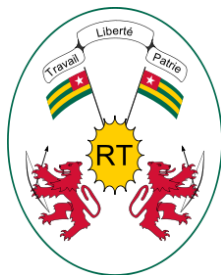


REPUBLIQUE

TOGOLAISE



MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE  
PUBLIQUE

# Directives nationales de la surveillance et de riposte au Covid-19

*(A l'usage du personnel de santé et des agents de santé communautaire)*

Mars 2020

Liste des figures et tableaux .....	v
Introduction .....	7
1. Généralités .....	7
1.1. CONTEXTE.....	7
1.2. OBJET DU PRESENT DOCUMENT.....	8
1.3. OBJECTIFS DE LA SURVEILLANCE.....	8
2. Rappels épidémiologique.....	8
2.1. LE VIRUS .....	8
2.2. MODES DE TRANSMISSION .....	9
2.3. SIGNES ET SYMPTOMES DE COVID-19.....	9
2.3.1. Phase d’incubation .....	9
2.3.2. Phase d’état.....	9
2.3.3. Evolution.....	9
2.3.4. Traitement de Covid-19.....	10
3. Lutte contre le Covid-19 .....	11
3.1. PROCESSUS DE LA LUTTE CONTRE LE COVID-19 .....	11
3.2. LES ATTRIBUTIONS DE LA CELLULE SECTORIELLE.....	11
4. La surveillance de Covid-19 au Togo.....	11
4.1. DETECTER RAPIDEMENT LES CAS .....	12
4.1.1. Définition de cas de Covid-19 .....	12
4.1.2. Orientation des cas selon la porte d’entrée dans le système de santé .....	14
4.2. RECHERCHER ET SUIVRE LES CONTACTS ET LES AUTRES PERSONNES A RISQUE.....	18
4.2.1. Objectifs de la recherche des contacts.....	18
4.2.2. Eléments de la recherche des contacts.....	18
4.2.2.1. Identification des contacts .....	18
4.2.2.2. Remplissage du formulaire de recensement des contacts.....	19
4.2.2.3. Suivi des contacts.....	20
4.2.2.4. Conduite à tenir devant un contact présentant des signes et symptômes ....	21
4.2.2.5. Supervision et contrôle du suivi des contacts .....	22
4.2.2.6. Levée du suivi .....	22
4.2.2.7. Précautions pour la sécurité des équipes de recherche des contacts .....	22
4.3. NOTIFIER LES CAS DETECTES .....	23
4.4. INVESTIGUER LES CAS .....	23
4.5. CONFIRMER LES CAS EN LABORATOIRE (INH/DIV LABO) .....	23
4.5.1. Prélèvement .....	24
4.5.2. Technique de prélèvement et moyen de collecte .....	24

5.	Assurer la surveillance aux points d'entrée.....	26
6.	Organisation et fonctionnement des équipes d'intervention rapide (EIR).....	27
6.1.	VALEURS DES EIR .....	27
6.2.	BUT.....	27
6.3.	COMPOSITION D'UNE EIR.....	27
6.4.	ROLES ET RESPONSABILITES .....	28
6.5.	PROCEDURES DE MOBILISATION DES EIR .....	28
6.6.	CONDITIONS ET MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES EIR.....	29
7.	Orientations sur la prise en charge.....	29
7.1.	DESCRIPTION D'UN CENTRE DE PRISE EN CHARGE DE COVID-19 .....	29
7.1.1.	Principales zones .....	31
7.1.2.	Composition du personnel d'un centre de prise en charge de Covid-19.....	32
7.2.	PRISE EN CHARGE DU PATIENT COVID-19 SELON LA CLASSIFICATION .....	33
7.2.1.	Classification des cas.....	33
7.3.	PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE CAS DE COVID-19 CONFIRME.....	34
7.3.1.	Bilan pré thérapeutique.....	34
7.3.2.	Traitement « spécifique » .....	34
7.3.3.	Traitement symptomatique .....	35
7.4.	CONDUITE A TENIR EN CAS D'EXPOSITION D'UN PERSONNEL DE SANTE A UN CAS CONFIRME COVID-19 35	
8.	Orientations sur la communication de risque et la mobilisation sociale .....	36
8.1.	STRATEGIE GLOBALE DE COMMUNICATION PAR LES STRUCTURES DE SANTE .....	36
8.1.1.	Outils de communication .....	36
8.1.2.	Du briefing des acteurs .....	36
8.1.3.	De la sensibilisation des populations.....	36
9.	Prévention de Covid-19 (PCI).....	37
9.1.	REDUCTION DU RISQUE INFECTIEUX POUR L'HOMME EN COMMUNAUTE.....	37
9.2.	LUTTE CONTRE L'INFECTION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS .....	38
9.3.	CONDUITE A TENIR DEVANT UN DECES LIE OU SUSPECTE D'ETRE LIE A UNE INFECTION AU COVID-19..	40
9.3.1.	Acteurs et préparation matérielle de l'inhumation .....	40
9.3.2.	Préparation de la dépouille .....	41
9.3.3.	Désinfection de l'environnement .....	41
9.3.4.	Transport de la dépouille .....	41
9.3.5.	Inhumation au cimetière .....	42
9.4.	CONDUITE A TENIR EN CAS DE NECESSITE D'EXAMEN POST-MORTEM.....	42
9.5.	CONDUITE A TENIR FACE A UN CORPS NON IDENTIFIE EN SITUATION DE COVID-19 .....	42
	Conclusion .....	43



## Liste des abréviations et acronymes

CITV	Comité International de Taxonomie Virale
DLM	Dispositif de lavage des mains
EIR	Equipe d'Intervention Rapide
EMU	Equipe Médicale d'Urgence
EPI	Equipement de Protection Individuelle
FS	Formation sanitaire
INH	Institut National D'Hygiène
IRAS	Insufisance Respiratoire Aigüe Sévère
LNR	Laboratoire National de Référence
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCI	Prévention et Contrôle des infections
PCR	Polymerase Chain Reaction
RSI	Règlement Sanitaire International
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine

## Liste des figures et tableaux

Figure 1: Algorithme décisionnel pour la gestion d'un cas suspect de covid-19 .....	14
Figure 2: Algorithme décisionnel pour la gestion d'un contact de cas confirme de covid-19 ou d'un voyageur a risque.....	15
Figure 3: Algorithme décisionnel pour la gestion d'un cas suspect dans la communauté .....	17
Figure 4 : Algorithme de prélèvements pour le SARS-Cov-2.....	25
Tableau 1 : Calendrier de prélèvements pour le SARS-Cov-2 .....	24
Tableau 2 : Les zones du centre Covid-19.....	32

## **Préface**

Le contexte épidémiologique mondial est marqué par la pandémie de Covid-19, infection due à un nouveau SRAS-Cov2 apparue en République populaire de Chine en décembre 2019. Cette maladie émergente peu connue à travers le monde a été déclarée comme étant une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) par l’OMS.

Compte tenu des échanges internationaux avec la mobilité de la population, l’épidémie s’est rapidement répandue à presque tous les pays du monde. En effet, le Togo a enregistré son premier cas de Covid-19 le 5 mars 2020.

Le Ministère de la santé et de l’hygiène publique, en collaboration avec les partenaires techniques et financiers, a élaboré des directives de surveillance et de riposte au Covid-19 pour orienter les acteurs de terrain sur les actions de réponse à cette épidémie. Ce document présente les procédures dans les différents domaines de la riposte à savoir : surveillance, laboratoire, prise en charge et prévention et contrôle de l’infection, communication et mobilisation sociale.

J’exprime ma profonde reconnaissance à l’ensemble des partenaires pour leurs appuis techniques à l’élaboration de cet important document. Aussi, j’adresse mes vives félicitations à tous les acteurs qui ont participé à l’élaboration du présent document de directives.

J’exhorte tous les acteurs du système de santé à une mobilisation afin de venir à bout de cette pandémie de Covid-19 qui touche toutes les couches sociales de notre pays et du monde entier.

## **Introduction**

Les coronavirus « virus en couronne » sont un groupe de virus appartenant à la famille des Coronaviridae, qui infectent à la fois les animaux et les humains. Les coronavirus ont été identifiés pour la première fois chez l'humain dans les années 1960. Il s'agit de virus causant des maladies émergentes, c'est-à-dire des infections nouvelles dues à des mutations du virus.

Dans le passé, deux coronavirus ont entraîné des maladies épidémiques graves chez l'homme : le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) identifié en Chine en 2002 et le Syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) découvert en Arabie Saoudite en 2012.

Le 31 décembre 2019, l'OMS a été alertée de plusieurs cas de pneumonie dans la ville de Wuhan, dans la province du Hubei en Chine. Le virus ne correspondait à aucun autre virus connu. Le 7 janvier 2020, les autorités chinoises ont confirmé qu'elles avaient identifié un nouveau virus, de la famille des coronavirus. Initialement localisée chez les commerçants et manutentionnaires d'un marché de poisson, l'épidémie s'est rapidement propagée à plusieurs autres villes du pays. Un des facteurs de dissémination de cette infection est la transmission interhumaine

Le 30 janvier 2020, face à la propagation rapide de l'épidémie, l'OMS décrète l'Urgence de santé publique de portée internationale. La maladie est baptisée Coronavirus Disease-19 (Covid-19) en février 2020. L'OMS collabore avec les autorités chinoises et des experts mondiaux afin d'en apprendre davantage sur le virus nommé SRAS-CoV-2 par le Comité International de Taxonomie Virale (CITV) et responsable de la Covid-19 ; ainsi que la manière dont il affecte les individus, les différents traitements disponibles et sur les mesures de riposte que les pays peuvent engager.

Le renforcement de la surveillance, la communication sur les risques et la prise en charge clinique des cas suspects sont des actions importantes à mettre en place pour répondre efficacement à une éventuelle épidémie. C'est dans ce contexte que le Ministère de la santé a élaboré les présentes directives pour orienter les prestataires de soins à tous les niveaux, sur la gestion de la pandémie Covid-19. En l'absence de traitement spécifique, ce document de référence permettra aux acteurs de la santé de disposer d'orientations standardisées pour travailler efficacement.

## **1. Généralités**

### **1.1.Contexte**

Le contexte épidémiologique mondial actuel est marqué par la survenue d'une épidémie de pneumonie au nouveau coronavirus (SRAS-CoV2) qui a été détectée en Chine depuis décembre 2019.

Cette épidémie se caractérise par une extension progressive aux pays du monde. Selon l'OMS, à la date du 15 Avril 2020, il a été enregistré un total de 1 914 916 cas confirmés dans



le monde avec 123 010 décès, 11 367 cas confirmés avec 523 décès en Afrique et 81 cas avec 5 décès au Togo.

La maladie se propage à partir des gouttelettes de fluides expulsées lors des éternuements ou de la toux, ou après un contact avec une surface contaminée par ces gouttelettes ou par des sécrétions.

Le risque est estimé à très élevé au niveau mondial et l’OMS a déclaré qu’il s’agit d’une urgence de santé publique de portée internationale.

A cet effet, plusieurs actions de lutte contre cette maladie sont déroulées dans tous les pays pour limiter la propagation de cette épidémie dans le cadre du Règlement Sanitaire International (RSI 2005).

Ainsi, ces directives s’inscrivent dans le cadre de la réponse du Togo face à l’épidémie pour empêcher, réduire et interrompre la diffusion de Covid-19 à travers un système efficace de détection précoce, de recherche-suivi des contacts et de prise en charge des cas.

Ce document s’inspire des orientations de l’OMS pour la surveillance et la riposte au Covid-19.

## **1.2. Objet du présent document**

Ce document fournit des orientations sur la mise en œuvre de la surveillance de Covid-19.

## **1.3. Objectifs de la surveillance**

Les objectifs de cette surveillance sont les suivants :

- Détecter précocement les cas ;
- Notifier les cas détectés ;
- Investiguer les cas ;
- Confirmer les cas en laboratoire ;
- Rechercher et suivre les contacts et les autres personnes à risque ;
- Assurer la surveillance aux points d’entrée ;
- Orienter sur la communication de risque et la mobilisation sociale ;
- Orienter sur la prise en charge.

## **2. Rappels épidémiologique**

### **2.1. Le virus**

La dénomination des coronavirus vient de leur morphologie à la microscopie électronique en forme de couronne. Il existe quatre sous-groupes principaux de coronavirus, appelés alpha, bêta, gamma et delta. Sept types de coronavirus peuvent infecter les humains. Initialement présents chez les animaux, certains peuvent être transmis à l’homme chez lequel ils deviennent un nouveau coronavirus à l’origine des maladies dites émergentes exemple le Covid-19.

A ce jour, trois sont responsables de maladie épidémique :

- MERS-CoV (Beta-coronavirus qui provoque le syndrome respiratoire du Moyen-Orient, ou MERS),
- SRAS-CoV (Beta-coronavirus qui cause le syndrome respiratoire aigu sévère, ou SRAS),
- Et le nouveau Coronavirus 2019 (SRAS-Cov2)

## **2.2. Modes de transmission**

La contamination peut se faire :

- par inhalation des gouttelettes respiratoires et salivaires émises par un sujet infecté (toux, éternuement, parlé) ;
- par les mains souillées à travers le contact étroit avec un sujet infecté (poignée de main, embrassade) et le contact avec les surfaces contaminées ou des objets souillés par un sujet infecté ;
- par contact avec des animaux infectés.

Par ailleurs, les excréments, la salive, les urines pourraient véhiculer le virus.

## **2.3. Signes et symptômes de Covid-19**

### **2.3.1. Phase d'incubation**

La période d'incubation est de 5 jours en moyenne, et peut varier de 2 à 14 jours.

### **2.3.2. Phase d'état**

Les signes les plus fréquemment observés sont la fièvre (83 - 98%), la toux sèche (46 - 82%), les myalgies, l'asthénie (11 - 44%) et la dyspnée (31%). La fièvre peut-être continue ou intermittente. L'apparition de la dyspnée peut être retardée, survenant souvent 8 jours après le début de la fièvre. Des douleurs pharyngées ont également été signalées chez certains patients.

Des signes plus rares peuvent être présents. Ce sont l'expectoration, les céphalées, l'hémoptysie et la diarrhée. De rares cas de signes gastro-intestinaux tels que diarrhée et nausées peuvent précéder la fièvre et les signes respiratoires.

Au plan radiologique, on peut observer une atteinte pulmonaire bilatérale.

### **2.3.3. Evolution**

La présentation clinique des cas déclarés de Covid-19 varie en gravité, allant d'une infection asymptomatique ou d'une maladie légère à une maladie grave ou mortelle. Le décès survient dans 3 à 15% des cas chez les patients hospitalisés.

Les facteurs de risque de gravité de la maladie ne sont pas suffisamment élucidés. Cependant, les patients âgés, les femmes enceintes, les patients porteurs de maladies chroniques notamment les insuffisances respiratoires, les affections cardiovasculaires, neurologiques,

rénales, hépatiques, immunodéficientes (malnutrition, VIH, drépanocytose, le diabète) semblent être plus à risque de formes graves. Certaines études rapportent une fréquence plus élevée des formes graves chez les adultes de sexe masculin.

Des complications peuvent être observées, au cours de l'évolution notamment :

- des complications cardiaques aiguës (décompensation d'une cardiopathie sous-jacente, arythmie), le choc, les lésions rénales aiguës ;
- une surinfection bactérienne broncho-pulmonaire.

#### **2.3.4. Traitement de Covid-19**

A ce jour, il n'existe pas de traitement spécifique pour le Covid-19. La prise en charge du patient est symptomatique.

### **3. Lutte contre le Covid-19**

#### **3.1. Processus de la lutte contre le Covid-19**

Un ensemble de mesures a été entrepris pour une riposte contre le Covid-19 :

- une Cellule Sectorielle de Gestion de la Crise à la pandémie de Covid-19 au MSHP composée de trois comités a été mise en place par un arrêté ministériel n° 093/2020/MSHP/CAB du 23 mars 2020. Il s'agit des comités suivants : i) comité technique ; ii) comité communication stratégique, relations publiques et gestion des rumeurs ; iii) comité finances/administration ;
- un plan de préparation et de riposte au Covid-19 a été élaboré en janvier 2020 ;
- des salles d'isolement des cas suspects de MPE ont été identifiées toutes les formations sanitaires ;
- des structures d'isolement (tentes, conteneurs) ont été installées aux principaux points d'entrée ;
- l'Institut National d'Hygiène (INH) qui abrite le Laboratoire Nationale de Référence (LNR) dispose d'un plateau technique pour la confirmation des cas de Covid-19 ;
- des centres de traitements ont été identifiés pour la prise en charge médicale des cas de Covid-19.

#### **3.2. Les attributions de la cellule sectorielle**

La cellule sectorielle coordonne toutes les activités des unités sous sa responsabilité. A ce titre, elle élabore le plan de contingence, le plan d'action opérationnel relatif à la période opératoire.

Sous la responsabilité du président du comité technique, l'unité des opérations organise toutes les activités de riposte. A ce titre, elle est chargée de :

- Déployer les Equipes d'Intervention Rapide (EIR) ;
- Rechercher et faire le suivi des contacts ;
- Prélever et transporter les échantillons pour le diagnostic biologique ;
- Traiter et transporter les personnes affectées ;
- Mettre en œuvre des activités de prévention et de contrôle de l'infection ;
- Surveiller la maladie et faire la collecte des données épidémiologiques ;
- Mettre en œuvre d'une manière effective les plans et procédures susmentionnés ;
- Intensifier les actions de proximité dans la communauté pour la promotion de la santé.

### **4. La surveillance de Covid-19 au Togo**

Elle est basée sur des définitions standard des cas de Covid-19 pour une détection précoce. La collecte, l'analyse et l'interprétation permanentes et systématiques des données et la

notification immédiate des cas permettent une riposte précoce contre le Covid-19. Elle est mise en œuvre dans les formations sanitaires et la communauté.

#### **4.1. Surveillance dans les formations sanitaires**

L'efficacité de la recherche des cas requiert une application rigoureuse des définitions des cas et des contacts, afin d'identifier les cas et les personnes-contacts.

##### **4.1.1. Définition de cas de Covid-19**

Ces définitions, comme toute définition de cas de maladie à potentiel épidémique, sont susceptibles de modification en fonction de l'évolution du contexte épidémiologique

###### **➤ Cas suspect**

Toute personne présentant **des signes d'infection respiratoire aiguë avec fièvre ( $T \geq 38^{\circ}\text{C}$ ) ou antécédent de fièvre accompagnée d'un des signes suivants: toux, difficultés respiratoires, éternuements, écoulement nasal, mal de gorge, douleurs articulaires ou musculaires, fatigue générale... de cause inexpliquée**

**OU**

**ayant une notion de retour d'un voyage hors du pays il y'a moins de 14 jours.**

###### **➤ Cas probable**

Tout cas suspect avec notion de contact avec un cas confirmé

**OU**

un cas suspect pour lequel le test de SRAS-CoV2 n'est pas concluant

**OU**

un cas suspect pour lequel le test était positif sur un essai pan-coronavirus

**OU**

tout décès avec notion de signes de suspicion de Covid-19

###### **➤ Cas confirmé**

Tout cas avec résultat de laboratoire positif au SRAS-CoV2 (PCR ou isolement), quels que soient les signes et les symptômes cliniques.

###### **➤ Contact**

Un contact est une personne qui est impliquée dans l'un des domaines suivants :

- Fournir des soins directs sans équipement de protection individuelle (EPI) pour les malades Covid-19
- Rester dans le même environnement proche d'un malade Covid-19 (y compris le lieu de travail, la salle de classe, le foyer, les réunions)

- Voyager ensemble à proximité immédiate (1 m) avec un malade Covid-19 dans n'importe quel type de moyen de transport dans un délai de 14 jours après l'apparition des symptômes dans le cas considéré.

➤ **Classification supplémentaire**

-On parle de **la transmission communautaire** : quand il y a détection d'un grand nombre de cas dans la communauté pour lesquels il n'y a pas de notion de contact retrouvée (la source de l'infection n'est pas connue).

-On parle de **la transmission locale** : quand il y a détection de cas dans la communauté pour lesquels la notion de contact a été retrouvée (la source de l'infection est connue et se trouve dans le lieu de notification).

-On parle de **Cas importés** : lorsque les cas détectés proviennent de l'extérieur du pays.

-Les cas classés « **En cours d'investigation** » : sont les cas pour lesquels le type de transmission n'a pas encore été déterminé.

#### 4.1.2. Orientation des cas selon la porte d'entrée dans le système de santé

##### ➤ Orientations à partir d'une formation sanitaire

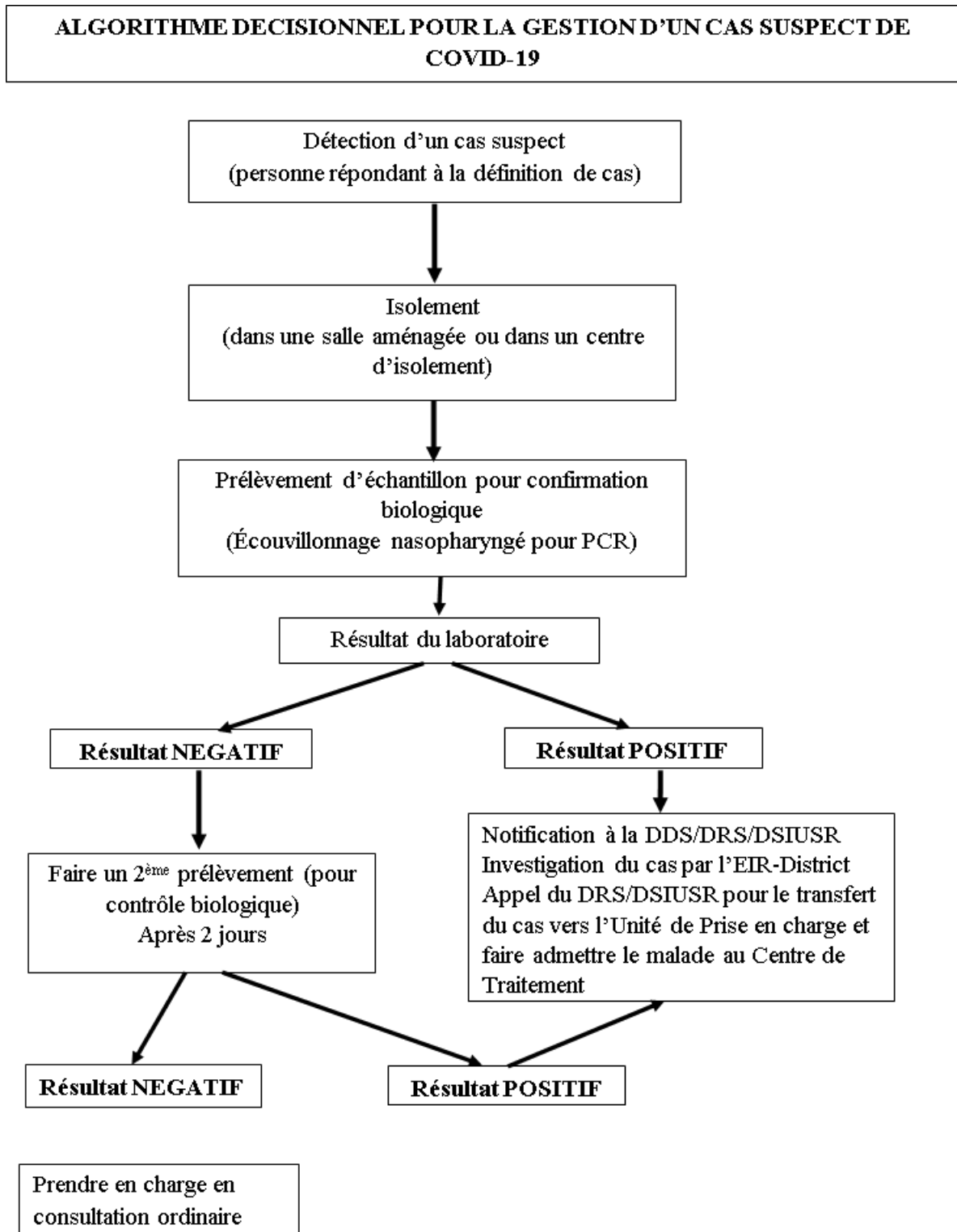
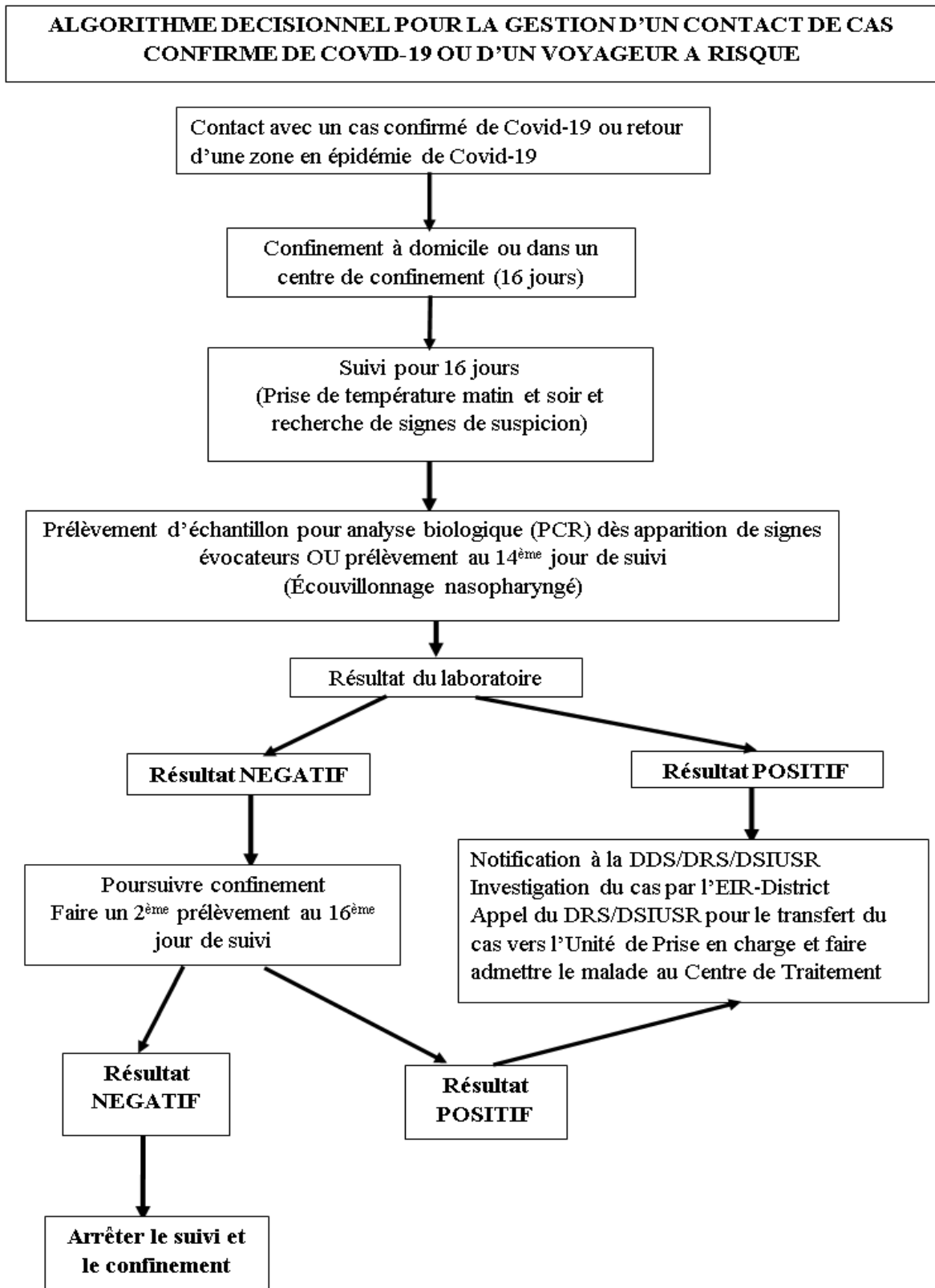


Figure 1: Algorithme décisionnel pour la gestion d'un cas suspect de covid-19

➤ **Orientations pour les contacts ou les voyageurs à risque**



**Figure 2: Algorithme décisionnel pour la gestion d'un contact de cas confirme de covid-19 ou d'un voyageur a risque**



## **4.2. Surveillance à base communautaire**

### **4.2.1. Définition communautaire ou Alerte**

Toute personne avec corps chaud ou antécédent de corps chaud et toux, difficultés à respirer, éternuements ou mal de gorge.

**OU**

➤ Toute personne décédée à la suite de difficultés respiratoires ;

**OU**

➤ Toute personne décédée subitement et dont le décès est inexpliqué.

### **4.2.2. Acteurs de la surveillance communautaire**

Il s'agit de tous les acteurs du niveau communautaire intervenant dans la surveillance communautaire des maladies.

Ce sont les Agents de Santé Communautaire (ASC), les relais communautaires, les volontaires de la Croix Rouge, les accoucheuses traditionnelles, les Auxiliaires Villageois d'Elevage (AVE), les Ecogardes etc.

Les informations peuvent aussi provenir de :

- les autorités/leaders communautaires (traditionnelles, religieuses et politiques), les jeunes, les enseignants et les autres fonctionnaires du milieu, les groupes organisés, organisations confessionnelles, ONG etc .;
- les médias nationaux et de proximité ;
- les tradithérapeutes, les herboristes, et les guérisseurs ;
- les ménages

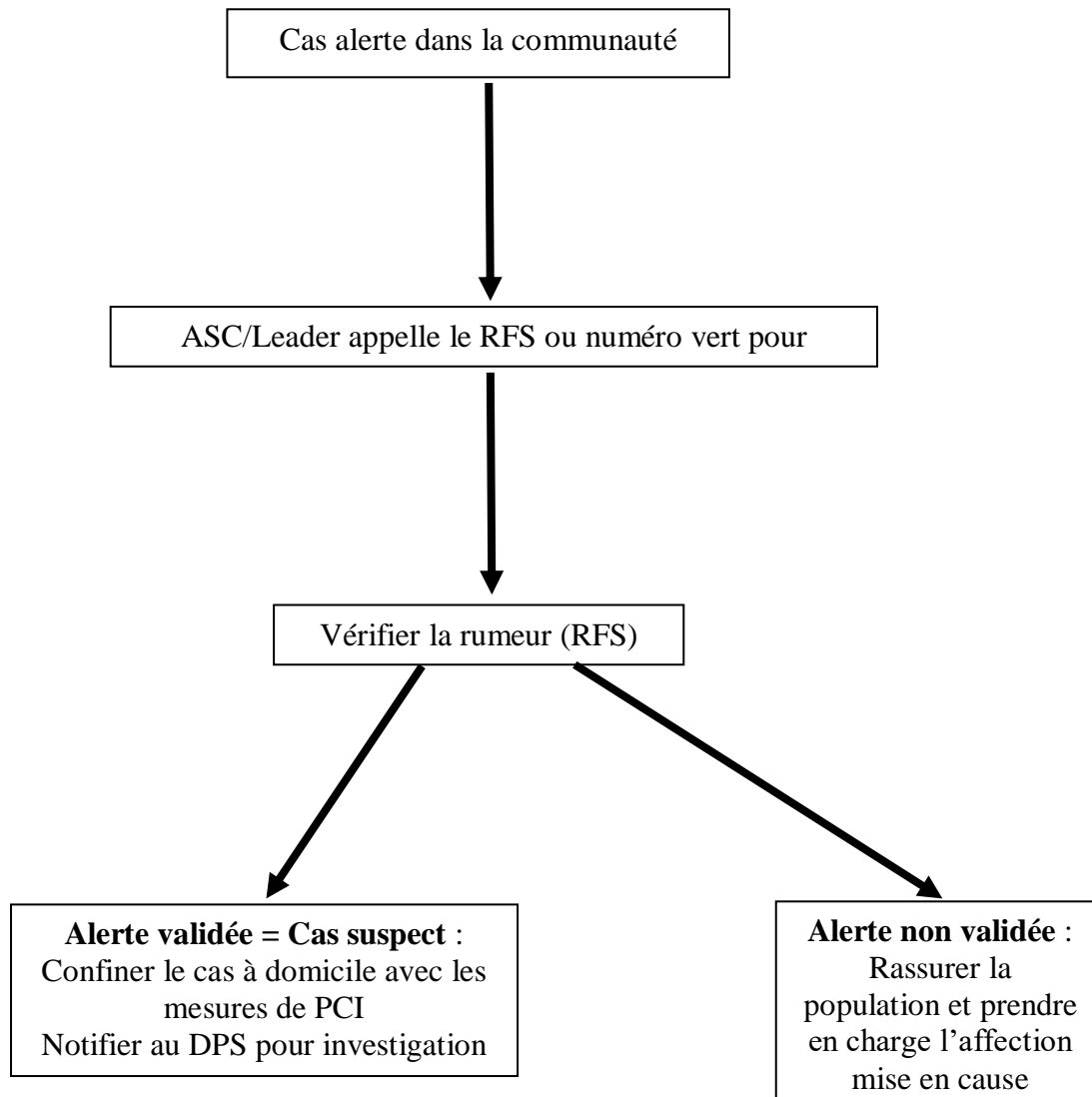
### **4.2.3. Rôle des acteurs communautaires**

Les acteurs communautaires sont chargés de :

- détecter les cas en communauté selon la définition de cas communautaire/alerte ;
- signaler au responsable du centre de santé ;
- détecter et signaler l'arrivée des étrangers/voyageurs ;
- sensibiliser la communauté ;
- rechercher et suivre les contacts.

Dans le cas où les ASC/RC doivent être impliqués dans la recherche et le suivi des contacts ou des voyageurs, toutes les dispositions doivent être prises pour leur protection.

➤ **Algorithme pour les cas communautaires**



**Figure 3: Algorithme décisionnel pour la gestion d'un cas suspect dans la communauté**

### **4.3. Rechercher et suivre les contacts et les autres personnes à risque**

La recherche des contacts fait partie intégrante de la stratégie globale pour juguler une flambée de Covid-19. C'est un élément important de l'enquête épidémiologique et de la surveillance active. La recherche des contacts est le processus d'identification, de contrôle, et de gestion des personnes qui ont été exposées au Covid-19 pour la réduction et le contrôle de sa transmission.

#### **4.3.1. Objectifs de la recherche des contacts**

La recherche des contacts a pour objectifs de :

- identifier les contacts possibles d'un cas,
- détecter précocement la survenue des symptômes chez les personnes contacts,
- initier une prise en charge rapide,
- interrompre la chaîne de transmission.

#### **4.3.2. Eléments de la recherche des contacts**

La recherche des contacts comporte trois éléments principaux à savoir : l'identification, le remplissage du formulaire de recensement des contacts et le suivi des contacts.

##### **4.3.2.1. Identification des contacts**

C'est une partie essentielle de l'investigation épidémiologique pour tous les cas répondant aux définitions standardisées pour la surveillance de Covid-19. Les cas sont classés cas suspects, probables ou confirmés.

##### **➤ La décision de l'identification des contacts**

La décision de rechercher le contact est fonction du statut du cas :

- Pour un cas « suspect » : un recensement devra être envisagé (plus précisément pour les groupes de voyageurs pour raison de dispersion).
- Pour un cas « probable » : faire un recensement de tous les contacts du parcours du patient depuis l'apparition de la fièvre.
- Pour un cas « confirmé » : faire un recensement de tous les contacts du parcours du patient (annexe 8) et commencer leur suivi actif (annexes 9).

##### **➤ Conduite pratique**

L'Equipe d'Intervention Rapide (EIR) du district /responsable de la surveillance procède à une investigation épidémiologique pour tous les cas et les décès attribuables au Covid-19 afin de déterminer les chaînes de transmission.

Il remplit le formulaire et procède à l'identification systématique des contacts potentiels (annexe 8). Il a l'obligation de visiter le domicile du patient et d'obtenir les informations sur :

- toutes les personnes ayant vécu avec le cas (vivant ou décédé) dans les mêmes foyers depuis l'apparition de la maladie ;

- toutes les personnes ayant rendu visite au patient (vivant ou décédé) soit chez lui ou soit dans l'établissement de santé depuis l'apparition de la maladie ;
- tous les lieux visités et personnes rencontrées par le patient depuis l'apparition de la maladie, par exemple un tradipraticien, une église, les parents ;
- tous les établissements de santé fréquentés par le patient (vivant ou décédé) depuis le début de la maladie et tous les agents de santé qui s'en sont occupés ;
- toutes les personnes ayant été en contact avec le corps du défunt au moment du décès, pour la préparation de la dépouille mortelle et les rites funéraires ;
- pour les cas asymptomatiques, rechercher dans l'historique tous les contacts au cours des deux (02) dernières semaines.

L'Equipe d'Intervention Rapide du district /responsable de la surveillance devra vérifier les informations sur l'exposition, puis leur cohérence et leur exhaustivité (révérifier lors de visites ultérieures pour s'assurer que toutes les chaînes de transmission ont bien été identifiées et suivies), afin de pouvoir contrôler rapidement la flambée.

#### **4.3.2.2. Remplissage du formulaire de recensement des contacts**

L'identification des contacts et le remplissage du formulaire de recensement des contacts doivent être faits par l'EIR du district /responsable de la surveillance. L'agent local de surveillance/agent de santé communautaire sera présenté lors de la visite initiale à domicile comme étant celui qui sera chargé ensuite des visites ultérieures.

L'EIR du district /responsable de la surveillance devra :

- sensibiliser l'entourage des cas identifiés sur la prévention et l'importance de leur implication dans la surveillance des contacts ;
- identifier physiquement chacun des contacts inscrits sur la liste ;
- informer les contacts de leur situation (risque de développer la maladie), des mesures à suivre et de l'importance de recevoir rapidement des soins s'ils manifestent des symptômes ;
- donner des informations aux contacts sur la prévention afin de réduire le risque d'exposition pour leur entourage ;
- collecter les informations concernant les possibles interactions de chaque contact avec le cas y compris leur relation, la date du dernier contact et le type de contact.

Si une incohérence entre la date indiquée par le cas et celle indiquée par les contacts est mise en évidence, la date la plus récente sera utilisée pour déterminer la période de suivi.

Après l'entretien, le degré d'exposition sera déterminé par l'équipe d'investigation.

- Si aucune exposition n'a été identifiée, alors la personne ne sera pas considérée comme un contact et cela ne demandera pas un suivi.
- Si l'exposition est déterminée, alors le suivi du contact doit être organisé.

Une fois identifié et confirmé avec le processus d'entretien, le contact doit être informé de son état et les procédures de suivi doivent lui être présentées et expliquées. Le contact devrait être éduqué concernant les signes et les symptômes de Covid-19 et sur les mesures de prévention qui pourraient être mises en place pour se protéger eux-mêmes et les autres.

On évitera de donner des informations alarmantes.

On conseillera tous les contacts de :

- a) rester à domicile et de restreindre les contacts rapprochés avec autrui (confinement à domicile);
- b) signaler immédiatement tout signe ou symptôme évocateur de Covid-19 en joignant l'équipe de suivi des contacts, le superviseur, le centre d'urgence ou les numéros verts (téléphone ou autre moyens de communication).
- c) expliquer que le fait d'avoir rapidement des soins de qualité permet d'améliorer l'issue de la maladie et qu'une évacuation immédiate du domicile vers une unité d'isolement réduit le risque d'infecter les membres de la famille.

De plus, donner des informations sur :

- a) les mesures de prévention de la maladie en dialoguant directement et en fournissant des matériels comme des dépliants et des brochures;
- b) les mesures de prévention pour atténuer le risque d'exposition des membres de la famille et d'autres si un contact manifeste des symptômes ;
- c) les recommandations pour les soins à domicile dès l'apparition de la maladie, en attendant l'évacuation et l'isolement du cas.

Le processus pour informer les contacts de leur situation doit être conduit avec tact et empathie afin d'éviter des effets psychologiques néfastes sur l'état de santé de ces derniers.

Il faudrait fournir aux contacts les coordonnées de l'équipe de suivi des contacts, du superviseur terrain et de l'équipe de surveillance (district, région ou central). Les contacts doivent être aussi informés de l'importance d'informer l'équipe s'ils changent d'adresse ou s'ils déménagent ailleurs. Si, au moment de l'entretien initial, un des contacts potentiels est symptomatique, il est classé comme cas probable. Dans cette situation, l'équipe d'investigation contactera le superviseur de terrain qui activera le transport et les équipes de désinfection. Le cas sera donc transporté à l'unité d'isolement pour être testé. En attendant le résultat du test, le processus d'identification des contacts et la préparation d'une liste des contacts pour ce nouveau cas doivent être initiés.

#### **4.3.2.3. Suivi des contacts**

Le suivi des contacts est mené par l'équipe de suivi à travers des visites journalières aux contacts à leurs domiciles et à une heure fixée ensemble. L'équipe de suivi est supervisée par un superviseur local qui peut être le responsable de la formation sanitaire de zone ou tout autre personne formée.

Les personnes qui pourraient avoir été exposées au Covid-19 sont suivies systématiquement pendant la période maximale d'incubation, soit 21 jours après la date du dernier contact avec un cas. Ainsi, les équipes de suivi devraient idéalement être assignés aux mêmes contacts pendant les 21 jours de suivi. Ceci assurera la continuité et permettra d'établir une relation basée sur la confiance. Cette ambiance devrait encourager les contacts à déclarer la survenue des symptômes.

Pendant les visites journalières, les équipes de suivi évalueront l'état de santé du contact (par observation directe et en lui posant les questions mentionnées sur la **Fiche individuelle de suivi du sujet contact** (Annexe 9). Elles devront prendre leurs températures matin et soir à l'aide d'un thermoflash. Afin de faciliter la supervision des activités, le superviseur doit faire la synthèse de suivi des contacts, ce qui lui permet de distinguer ceux qui ont fait une fièvre ou tout autre signe de maladie de ceux qui sont bien portants.

Si l'équipe de suivi a des doutes concernant l'état de santé du contact pendant la procédure de suivi, elle doit communiquer immédiatement au superviseur de terrain qui demandera l'intervention de l'équipe d'investigation pour mener une évaluation. L'équipe d'investigation évaluera le contact et déterminera si le contact répond à la définition de cas probable. Si le contact répond à la définition de cas, le superviseur de terrain alerte le responsable de la surveillance qui coordonnera avec l'équipe du centre d'isolement des cas pour activer l'équipe de transport et l'équipe de désinfection. Le cas sera référé à l'unité / centre d'isolement pour être prise en charge et pour la confirmation au laboratoire. En attendant le résultat du test, le processus d'identification des contacts et la préparation d'une liste des contacts pour ce nouveau cas doivent être initiés.

L'équipe de suivi doit faire le rapport au superviseur terrain sur tous les contacts trouvés et suivis et sur tous les contacts qu'il n'a pas réussi à retrouver dans la journée. Le superviseur devra faire la synthèse journalière de l'ensemble des rapports des équipes à l'aide du formulaire de récapitulatif de la recherche des contacts. Il devra parcourir les fiches et les rapports transmis par chaque équipe de suivi et vérifier leur cohérence et concordance. Ces rapports devront être transmis au gestionnaire des données qui les enverrait à la hiérarchie.

La recherche efficace des contacts dépend de l'instauration d'une relation de confiance avec la communauté. Les communautés doivent se sentir en confiance pour coopérer avec les équipes de recherche des contacts et permettre le transfert des contacts symptomatiques (contacts, cas alertes) vers des centres d'isolement désignés. L'engagement des membres des communautés (responsables locaux en particulier) dans la recherche des contacts est crucial pour cultiver cette bonne relation, ainsi que la confiance.

#### **4.3.2.4. Conduite à tenir devant un contact présentant des signes et symptômes**

L'équipe de recherche/de suivi des contacts est en général la première à savoir quand des symptômes sont apparus chez un contact. Celui-ci peut en parler de lui-même par téléphone, ou l'équipe s'en aperçoit au cours d'une visite à domicile. Si un contact manifeste des signes

et des symptômes, l'équipe responsable doit avertir immédiatement le superviseur puis l'EIR district/responsable de la surveillance/ou le centre d'isolement. Le superviseur remplit alors le formulaire de notification des cas suspects et probables (annexe 6) et suit l'algorithme décisionnel du suivi des contacts.

#### **4.3.2.5. Supervision et contrôle du suivi des contacts**

Une supervision et un contrôle attentifs du suivi des contacts sont nécessaires pour s'assurer que les équipes de suivi des contacts rendent visite et observent quotidiennement les contacts. Les superviseurs doivent se joindre aux équipes de suivi pour les visites à domicile par roulement pour s'assurer que ces visites sont faites correctement. Les contrôles de qualité doivent également comporter des appels aléatoires de certains contacts pour vérifier si l'équipe de suivi est venue les visiter.

#### **4.3.2.6. Levée du suivi**

Les contacts ayant terminé la période de suivi de 21 jours auront une évaluation le dernier jour. En l'absence de symptômes, ils seront informés que l'obligation de suivi est levée et qu'ils peuvent reprendre leurs activités normales et leurs liens sociaux. L'équipe devrait prendre du temps avec les voisins et les proches associés pour les rassurer en leur faisant bien comprendre que les anciens contacts ne présentent plus de risque de transmettre la maladie. Si un employé réclame une lettre officielle déclarant la levée du suivi, l'EIR district peut la lui fournir. Les contacts doivent veiller à ne pas s'exposer de nouveau à des contacts symptomatiques ou à des cas probables ou confirmés de Covid-19.

#### **4.3.2.7. Précautions pour la sécurité des équipes de recherche des contacts**

Comme il est plus probable de découvrir les cas de Covid-19 lors du suivi des contacts, les équipes de recherche des contacts doivent prendre des mesures de précaution pour se protéger pendant les visites à domicile.

Elles doivent appliquer les règles suivantes :

- a) porter un EPI adapté (masques FFP2/N95, gants)
- b) se laver régulièrement les mains ou utiliser les solution hydroalcooliques avant et après le suivi de chaque contact ;
- c) éviter tout contact physique direct, comme les poignées de mains ou les étreintes;
- d) se maintenir à une distance suffisante de la personne (plus d'un mètre);
- e) éviter d'entrer dans les chambres;
- f) éviter de s'asseoir sur les sièges qui sont proposés;
- g) éviter de toucher des objets potentiellement contaminés ou de s'appuyer dessus;
- h) prendre toujours un bon petit-déjeuner avant de commencer les visites à domicile, afin de résister à la tentation de boire ou de manger pendant les visites;
- i) s'il faut prendre la température de la personne contact: utiliser le thermoflash

- j) à titre de mesure générale de sécurité pour l'EIR, tous les membres de l'équipe de recherche des contacts doivent prendre chaque matin leur température.

#### **4.4. Notifier les cas détectés**

Il est important d'assurer la transmission fiable des données de surveillance dans l'ensemble du système de sorte que les chargés de programme, les responsables de la surveillance, le point focal national RSI, le point contact OMS, les autorités compétentes aux points d'entrée sur le territoire et autres personnels de santé disposent des informations pour :

- Identifier les problèmes émergents et planifier les interventions appropriées ;
- Prendre des mesures à temps ;
- Suivre les tendances de la maladie ;
- Evaluer l'efficacité de la riposte.

En cas de suspicion de Covid-19, les données doivent être notifiées immédiatement. La notification initiale doit se faire le plus rapidement possible (par téléphone, texto, télécopie, courrier électronique ou radio téléphone). L'établissement de soins devra contacter immédiatement l'autorité sanitaire du district et fournir des informations sur le patient. Compléter la notification initiale effectuée oralement par une notification écrite à l'aide du formulaire individuel de notification (Annexe 11).

Si un ordinateur ou autre système électronique est disponible pour la surveillance ou la gestion des cas, remplir et transmettre le formulaire électroniquement au niveau supérieur.

Si un prélèvement pour le laboratoire est requis à ce stade, s'assurer que l'identification du patient correspond bien aux informations figurant sur le formulaire individuel de notification.

#### **4.5. Investiguer les cas**

Les résultats de l'investigation permettent souvent d'identifier les personnes qui ont été exposées au Covid-19. L'enquête fournit des informations utiles pour prendre des mesures immédiates et améliorer les activités de prévention à long terme.

Les informations à recueillir au cours de l'investigation sont :

- L'identité du cas (nom, prénoms, contact téléphonique, etc.) ;
- La zone de résidence géographique du cas ;
- Les données socio-démographiques (âge, sexe, profession, etc.) ;
- Les signes cliniques présentés (rechercher également les co-morbidités) ;
- La notion de voyage ;
- Les personnes contacts éventuelles.

#### **4.6. Confirmer les cas en laboratoire (INH/Div labo)**

La PCR est la seule technique actuellement validée et recommandée par l'OMS pour le diagnostic de confirmation du Covid-19.



#### 4.6.1. Prélèvement

Les prélèvements doivent concerner tous les cas répondant à la définition de cas.

#### 4.6.2. Technique de prélèvement et moyen de collecte

Les prélèvements doivent être effectués au niveau des voies aériennes respiratoires supérieures et suffisent généralement pour faire le diagnostic. La technique la plus utilisée reste l'écouvillonnage nasopharyngé. Cependant l'écouvillonnage oropharyngé peut être utilisé.

Types d'écouvillons recommandés : écouvillons en fibres synthétiques avec des tiges en plastique.

Types d'écouvillons à ne pas utiliser : écouvillons en alginate de calcium ou écouvillons avec des tiges en bois, car ils peuvent contenir des substances qui inactivent certains virus et inhibent les tests de PCR.

#### Conditionnement et transport de l'échantillon

Après le prélèvement les échantillons doivent être considérés comme hautement infectieux et traiter comme tel. L'utilisation du triple emballage est obligatoire dans de pareille situation.

Le triple emballage se présente comme suit :

- 1er emballage : le tube bien fermé avec autour un papier absorbant pour éviter les fuites ;
- 2e emballage hermétique (Utiliser plastique bulles si nécessaire) ;
- 3e emballage hermétique résistant aux chocs ;

Inclure dans une pochette plastique les fiches de notification.

#### Calendrier de prélèvements pour le SARS-Cov-2

Tableau 1 : Calendrier de prélèvements pour le SARS-Cov-2

Cas	1 <sup>er</sup> Prélèvement	2 <sup>ème</sup> Prélèvement	3 <sup>ème</sup> Prélèvement	4 <sup>ème</sup> Prélèvement	5 <sup>ème</sup> Prélèvement
Cas suspect	Jour de détection	4 <sup>ème</sup> jour			
Cas Probable	Jour de détection	4 <sup>ème</sup> jour			
Contact	14 <sup>ème</sup> Jour	16 <sup>ème</sup> jour			
Voyageur	14 <sup>ème</sup> Jour	16 <sup>ème</sup> jour			
Cas confirmé	Jour de confirmation	6 <sup>ème</sup> jour	10 <sup>ème</sup> jour	14 <sup>ème</sup> jour	16 <sup>ème</sup> jour

➤ **Algorithme de prélèvements pour le SARS-Cov-2**

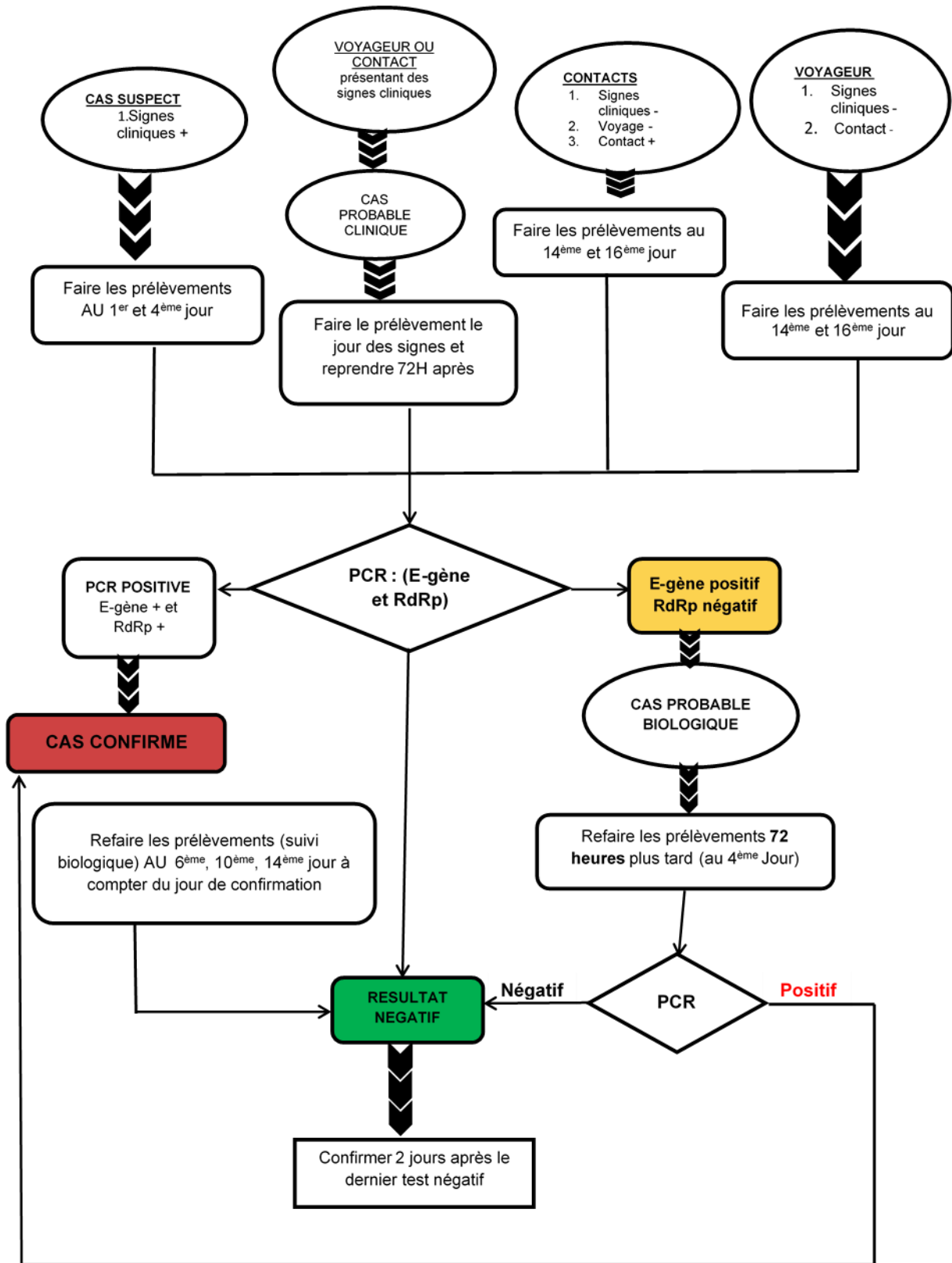


Figure 4 : Algorithme de prélèvements pour le SARS-Cov-2

## Description de l'algorithme de prélèvements pour le SRAS-Cov-2

### **Partie 1 : Cinétique de prélèvement**

- ❖ Pour un **cas suspect** (répondant à la définition de cas) : faire le prélèvement le jour de la détection ; si le résultat est négatif mais avec une forte suspicion clinique, garder en isolement et reprendre un second prélèvement le 4<sup>ème</sup> jour.
- ❖ Pour un **contact** défini comme une personne ayant été en contact avec un cas confirmé ou un cas probable, ne présentant pas de signes cliniques et n'ayant pas voyagé : faire le prélèvement au 14<sup>ème</sup> jour après le dernier contact, si le résultat est négatif, faire un second prélèvement le 16<sup>ème</sup> jour.
- ❖ Pour un **« voyageur »** défini comme une personne ayant effectué un voyage dans un pays considéré à haut risque, sans notion de contact et ne présentant pas de signes cliniques : faire le prélèvement au 14<sup>ème</sup> jour après le dernier contact, si le résultat est négatif, reprendre un second prélèvement le 16<sup>ème</sup> jour.
- ❖ Pour un **cas probable** défini comme cas suspect avec notion de contact ou de voyage sur pays à haut risque ou voyageur/contact présentant des signes cliniques de Covid-19 lors de son suivi : faire le prélèvement le jour de présence des signes cliniques et si le résultat est négatif, reprendre un second prélèvement 3 jours plus tard (4<sup>ème</sup> jour).

### **Partie 2 : Interprétation et conduite à tenir après le résultat de laboratoire**

- ❖ **Cas confirmé** : défini comme cas avec un résultat de laboratoire positif : refaire les prélèvements (suivi biologique) au 6<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup> jour à compter du jour de confirmation.
- ❖ **Cas probable biologique** (Cas positif au gène E commun au Coronavirus mais négatif au gène spécifique de SRAS-Cov-2) : refaire le prélèvement 3 jours plus tard (4<sup>ème</sup> jour).
- ❖ **Cas probable biologique et cas confirmé** : le dernier résultat négatif du laboratoire au cours du suivi est confirmé par le résultat d'un autre test du laboratoire réalisé 2 jours plus tard.
- ❖ **Cas guéri** : Un cas est déclaré guéri si le résultat de laboratoire est négatif à 02 contrôles consécutifs.

**NB : en présence de situation de cas non décrite dans cet algorithme prière se référer au Laboratoire National de l'INH.**

## **5. Assurer la surveillance aux points d'entrée**

Le terme de point d'entrée regroupe l'ensemble des passages frontaliers nationaux et/ou régionaux (terrestre, aéroportuaire, ferroviaire). Les points d'entrée doivent être équipés de dispositifs permettant la détection rapide et l'isolement des patients chez lesquels une infection au SRAS-CoV-2 est suspectée.

Ils doivent comporter :

- un poste de triage bien équipé (ressources humaines, caméra thermique et/ou thermoflash, EPI) et un poste d'isolement temporaire ;
- une fiche de renseignement des passagers (Annexes 2 ; 3 et 5) ;
- des affiches de sensibilisation ;
- des dispositifs d'hygiène des mains (dispositif de lavage des mains, gel ou solution hydroalcoolique) et de protection des voies respiratoires (masques chirurgicaux, masques de type FFP-2 ou N95).

Toute personne entrant sur le territoire national par ces points d'entrée doit porter un masque et faire l'objet d'un screening comprenant une prise de température et la recherche d'autres signes de suspicion de Covid-19.

Les personnes suspectes de Covid-19 sont conduites au poste d'isolement temporaire pour une investigation par l'EIR de district.

En cas de résultat positif, le cas est transféré au centre de prise en charge le plus proche par une ambulance dédiée.

En cas de résultat non concluant, le voyageur est transféré dans un centre d'isolement du district (Hôtel, salle d'une formation sanitaire ou autre) pour un test contrôle au laboratoire le 4<sup>ème</sup> jour.

En cas de résultat négatif, le voyageur est sensibilisé sur la maladie et les dispositions dans le pays et est mis en confinement (auto-isolement à domicile ou dans un hôtel).

Pour tous les autres voyageurs, ils sont obligatoirement mis en confinement (auto-isolement à domicile ou dans un hôtel).

Ce passage est aussi l'occasion de sensibilisation à travers les affiches disposées aux points de passage et l'invite à la friction hydroalcoolique des mains avec le gel disponible.

## **6. Organisation et fonctionnement des équipes d'intervention rapide (EIR)**

### **6.1. Valeurs des EIR**

Les valeurs des EIR sont ;

#### **Préparation, réactivité et efficacité**

### **6.2. But**

Les équipes d'intervention rapide sont destinées à exécuter promptement des opérations d'urgence que sont entre autres, les investigations, la mise en quarantaine dans un lieu recommandé et le suivi des contacts.

### **6.3. Composition d'une EIR**

Dans le cadre de la gestion de Covid-19, l'EIR sera composée aux niveaux national, régional ou district d'au moins 03 personnes :

- Un épidémiologiste/clinicien
- Un biologiste
- Un chargé de PCI ou l'hygiéniste

#### **6.4. Rôles et responsabilités**

##### **– Le DRS/ le DPS**

- Responsable de la mission de l'EIR, il signe l'ordre de mission
- Il veille aux bonnes conditions de travail des EIR
- Il assure la disponibilité de la logistique de transport, des EPI et de tout équipement et consommable nécessaire à la mission.
- Établit les tours de garde et fixe la composition des équipes.
- il assure le bon fonctionnement des équipes et le suivi de leurs activités
- Il désigne les responsables d'équipe
- il valide le registre des sorties
- il valide et diffuse les rapports d'activités des EIR.

- **Les membres d'ECD :** appuient le directeur dans sa tâche et supervisent les EIR selon leurs domaines de compétence respectifs.

##### **– Le membre d'EIR**

- L'épidémiologiste/clinicien : il est chargé de la collecte des données sur l'histoire de la maladie, les signes cliniques et pose une hypothèse diagnostique à l'aide de la fiche de notification/investigation A0. Il renseigne aussi l'outil CommCare ;
- Le biologiste : il est chargé du prélèvement et du transport sécurisé des échantillons ;
- Le chargé de PCI ou l'hygiéniste : il est chargé de l'application des mesures de prévention et de contrôle de l'infection par les membres de l'EIR (port et retrait des EPI adaptés), de veiller à la désinfection de l'environnement etc ;
- **Le chef de l'équipe** est responsable de la sécurité et de l'efficacité de l'équipe ; il rend compte au directeur et assure l'organisation, l'encadrement de l'équipe et l'élaboration du rapport d'investigation.

#### **6.5. Procédures de mobilisation des EIR**

- Décision de mobilisation par le DRS ou le DPS
- Mise en astreinte de permanence ou de garde et l'organisation sous l'autorité du DRS, du DPS.
- Elaboration et partage des tours de permanence ou de garde, signés par le DRS ou le DPS
- La mise à disposition de moyens de déplacement, des EPI et autres équipements et consommables de prélèvement et de transport d'échantillons
- L'exécution systématique de briefings de passation et de rapports de fin de sortie ;
- Le renseignement de l'outil ou de registre de traçabilité

- Un service d'appui assurera :
  - la gestion logistique concernant les équipements, consommables et EPI
  - La gestion de l'information y compris un circuit clair de l'alerte, la prise de décision et d'intervention
  - Le rapport systématique et immédiat aux autorités sanitaires hiérarchiques.

## **6.6. Conditions et modalités de fonctionnement des EIR**

- La mobilisation urgente de ressources nécessaires (cartes de communication, carburant, restauration, commodités pour les gardes et permanence entre autres) aux activités des EIR ;
- Mise à disposition permanente d'EPI complet, de moyens de transport, des équipements et consommables de prélèvement, de conservation et de transport d'échantillons
- L'organisation de tours de garde afin de permettre la récupération des membres des équipes
- La disponibilité permanente de l'équipe dans un centre de rassemblement, accessible, sécurisé et offrant les conditions minimales de repos et de restauration
- L'organisation de briefing requises pour l'efficacité des EIR / EMU (Equipe Médicale d'Urgence) et pour leur sécurité
- Assurer la traçabilité des sorties à travers l'enregistrement systématique dans un registre des missions.
- Dotation de canevas permettant la production rapide d'ordre de mission et de rapports d'activité

## **7. Orientations sur la prise en charge**

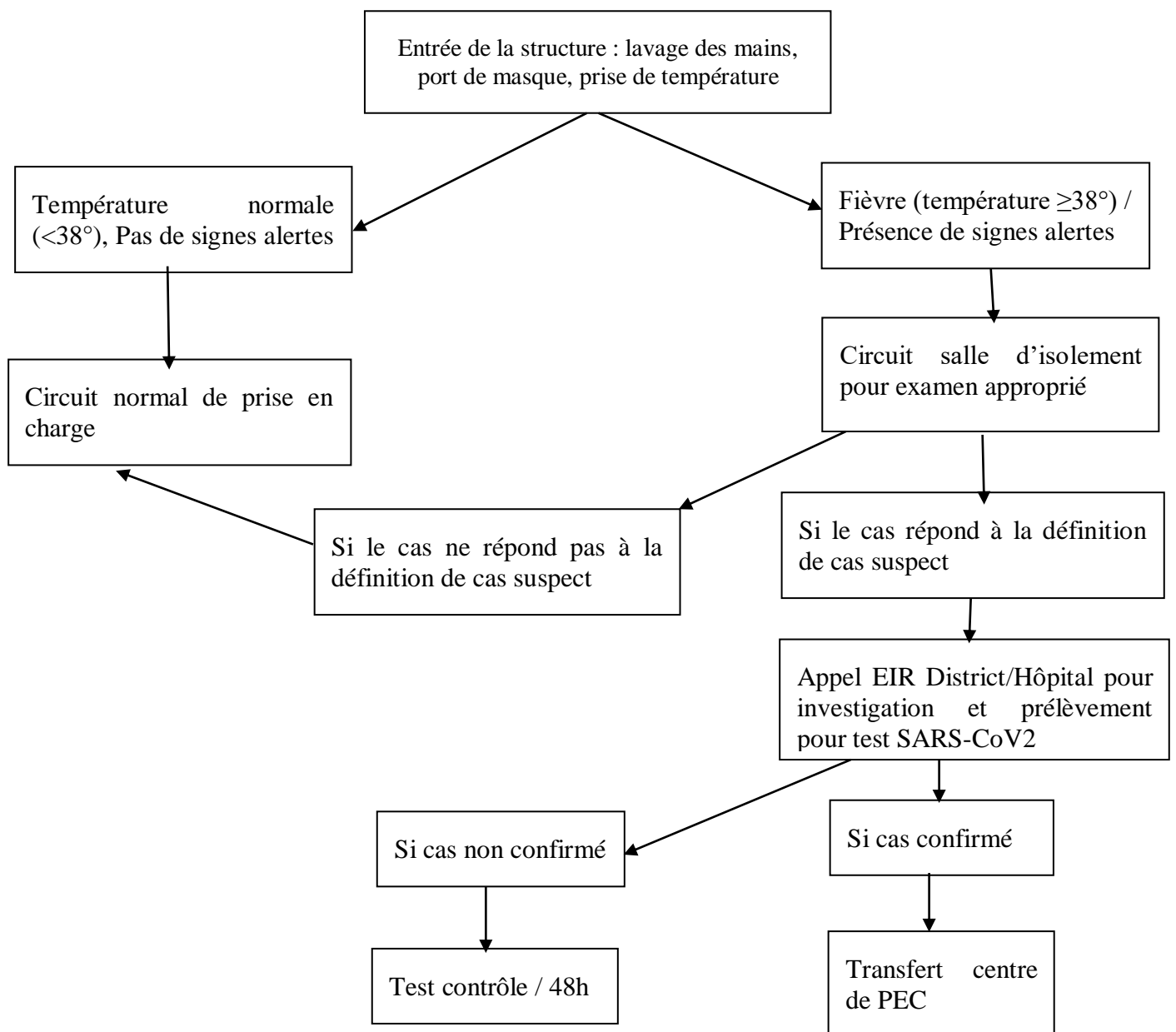
### **7.1. Organisation des soins dans les formations sanitaires dans le contexte de Covid-19**

Afin de détecter précocement les cas et protéger le personnel de santé dans les formations sanitaires, les dispositions suivantes doivent être mises en place :

- Mise en place d'un circuit des malades avec :
  - Un poste de tri à l'entrée de la structure,
  - Un circuit pour les patients présentant des signes suspects,
  - Un circuit pour les autres patients
  - Une salle d'isolement pour la mise en quarantaine des cas suspects en attendant la réalisation de test.
- Mise à disposition des équipements de PCI :
  - Dispositif de lavage des mains avec l'eau et le savon ou une solution hydroalcoolique à l'entrée et dans tous les services de la structure

- Masques : chirurgicaux ou équivalents pour les patients et visiteurs, N95 ou FFP2 pour le personnel de santé
- Termoflash pour la prise de température à l'entrée
- Dispositions d'accueil des patients et visiteurs dans les centres de santé :
  - Présence d'un agent de santé à l'entrée de la structure pour tri des malades
  - Lavage obligatoire des mains à l'eau et au savon ou avec une solution hydroalcoolique à l'entrée de la structure
  - Port obligatoire de masques pour les patients, visiteurs et le personnel de santé
  - Prise de température et détection d'autres signes alertes à l'entrée

**Algorithme du circuit des malades dans les formations sanitaires**



## **7.2. Description d'un centre de prise en charge de Covid-19**

### **7.2.1. Principales zones**

Un centre est subdivisé en trois zones :

**La zone rouge** : c'est une zone considérée à haut risque (contaminée). Elle est réservée à l'hospitalisation des patients. Cette zone comprend trois unités :

- Hospitalisation standard ;
- Salles de réanimation ;
- Salles des patients dont la première PCR contrôle est négative.

**La zone jaune** : c'est la zone considérée à risque

**La zone verte** : c'est une zone à bas niveau de risque dédiée au personnel soignant décontaminée et au visiteur averti. C'est aussi le lieu où sont réceptionnés les ravitaillements. L'accès à cette zone est conditionné par la désinfection des pieds et des mains. Il est toutefois recommandé que le personnel y circulant soit en blouse, en botte et porte un masque chirurgical.

Le tableau I présente les différentes zones avec les équipements de protection qui doivent y être utilisés et la nature des actes médicaux qui y sont réalisés.



**Tableau 2 : Les zones du centre Covid-19**

<b>Zone</b>	<b>Equipement de protection</b>	<b>Portée de l'application</b>
<b>Zone verte</b>	Chapeau chirurgical jetable Masque chirurgical jetable Uniforme de travail Gants en latex jetables, et/ou vêtements d'isolement jetables si nécessaires	Tri de pré-examen, services des patients généraux ambulatoires
<b>Zone jaune</b>	Chapeau chirurgical jetable Masque de protection médicale (N95) · Uniforme de travail · Uniforme de protection médicale jetable Gants en latex jetables · Lunettes de protection	Examen d'échantillons non respiratoires des patients suspects/confirmés Examen d'imagerie des patients suspects/ confirmés Nettoyage des instruments chirurgicaux utilisés sur des patients suspects/ confirmés
<b>Zone rouge</b>	Des appareils de protection respiratoire pour visage complet Chapeau chirurgical jetable · Masque de protection médicale (N95) · Uniforme de travail Uniforme de protection médicale jetable Gants en latex jetables	Lorsque le personnel effectue des opérations telles que l'intubation trachéale, la trachéotomie, la broncho-fibroscopie, l'endoscopie gastroentérologique, etc., pendant lesquelles les patients suspects/confirmés peuvent pulvériser des sécrétions respiratoires ou des fluides/du sang corporel. Lorsque le personnel effectue une intervention chirurgicale ou une autopsie sur des patients confirmés/suspects

**NB**

- Tout le personnel des formations sanitaires doit porter des masques chirurgicaux;
- Tous les membres du personnel du service d'urgence et autres services spécialisés (le service des maladies infectieuses, le service des soins respiratoires, le service de stomatologie ou de la salle d'examen endoscopique) doivent porter des masques N95
- Le personnel doit porter un écran facial de protection et un masque N95 lorsqu'il collecte des échantillons respiratoires de patients suspects/confirmés

**7.2.2. Composition du personnel d'un centre de prise en charge de Covid-19**

Les profils ci-après peuvent être retrouvés dans les équipes :

- Médecins toutes spécialités confondues ;

- Infirmier ;
- Technicien en anesthésie réanimation ;
- Gardes malades ;
- Ambulancier ;
- Agent d'entretien ;
- Technicien en hygiène et assainissement ;
- Psychologue/ sociologue/anthropologue.

Les services d'aide au diagnostic (biologie et radiologie) sont au besoin sollicités.

### **7.3.Prise en charge du patient covid-19 selon la classification**

#### **7.3.1. Classification des cas**

##### **a. Cas bénins**

Sujet en bon état général, sans comorbidité ni facteurs de risque associés, asymptomatique ou présentant un syndrome pseudo-grippal, répondant à la définition de cas suspect de Covid-19.

##### **b. Cas modérés**

Sujet répondant à la définition de cas suspect d'infection Covid-19, âgé de 60 ans et plus, ou présentant des comorbidités ou des facteurs de risques associés.

##### **Facteurs de risque de forme sévères**

- Les personnes âgées de 60 ans et plus
- Les patients aux antécédents cardiovasculaires : hypertension artérielle compliquée, accident vasculaire cérébral ou coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque ;
- Les diabétiques insulino-dépendants non équilibrés présentant des complications secondaires à leur pathologie
- Les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- Les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée et les malades atteints de cancer sous traitement ;
- Ou toute autre situation susceptible d'entraîner une immuno-dépression.

Toutefois, il est décrit actuellement des formes sévères également chez les sujets jeunes. Il faut donc rester vigilant quel que soit le patient.

##### **c. Cas sévères**

- Sujet répondant à la définition d'un cas suspect d'infection Covid-19, et présentant un ou plusieurs signes de gravité quel que soit l'âge.

##### **Signes cliniques de gravité :**

La gravité des infections Covid-19 est d'abord clinique, marquée par :

- Des signes respiratoires :
  - Dyspnée ;
  - Cyanose importante ;
  - Tirage sus sternal et intercostal ;
  - Balancement thoraco-abdominal ;
  - SpO2 < 90% sous oxygène nasal
- Des signes cardiovasculaires
  - Tachycardie ou bradycardie ;
  - Hypotension ou hypertension artérielle ;
  - Marbrures généralisées.
- Des signes neurologiques
  - Confusion ;
  - Agitation ;
  - Somnolence
  - Coma

## **7.4. Protocole de prise en charge thérapeutique de cas de Covid-19 confirmé**

### **7.4.1. Bilan pré thérapeutique**

- NFS
- CRP
- Glycémie
- Créatinine
- Transaminases
- ECG
- Radiographie / scanner thoracique si possible
- Sérologie VIH

### **7.4.2. Traitement « spécifique »**

Il est modifiable en fonction des résultats des études en cours sur son efficacité réelle

#### **➤ Adulte**

- Chloroquine ou hydroxy chloroquine : 200 mg toutes les 8 heures (600 mg par jour) pendant dix (10) jours  
**associé à**

- Azithromycine 500 mg le premier jour puis 250 mg du deuxième au cinquième jour

**NB : Femme enceinte et femme allaitante : utilisation possible à la même posologie, faible passage dans le lait**

➤ **Enfant**

- Chloroquine ou hydroxy chloroquine : 10 mg /kg par jour répartis en trois prises quotidiennes pendant dix (10) jours  
**associé à**
- Azithromycine : 20 mg /kg le premier jour puis 10 mg/ kg par jour du deuxième au cinquième jour

**NB :** Ce traitement « spécifique » est administré à tous les patients, quelle que soit la gravité des manifestations

**7.4.3. Traitement symptomatique**

- Paracétamol 1000 mg toutes les 8 heures en cas fièvre
- Réhydratation orale : 3 litres par jour
- Antitussif si toux sèche (pholcodine)
- Mucorégulateur (carbocystéine) si toux productive
- Anti histaminique (desloratadine 5mg par jour) si rhume
- Oxygène en cas de dyspnée avec fréquence respiratoire supérieure à 30 cycles par minutes et ou une saturation pulsée en oxygène inférieur à 92 % (le débit doit être réglé pour avoir une saturation  $\geq 92\%$ ).

Pour l'oxygénothérapie, utiliser :

- les lunettes pour les débits entre 1 et 5 litres par minute
- les masques pour les débits entre 6 et 10 litres par minute
- masque à haute concentration pour des débits supérieurs à 10 litres par minutes
- Assistance ventilatoire à envisager si persistance de détresse respiratoire avec une saturation inférieur à 90 % malgré l'oxygénothérapie

**NB :** Les posologies seront adaptées pour les enfants.

**7.5. Conduite à tenir en cas d'exposition d'un personnel de santé à un cas confirmé Covid-19**

Les professionnels de santé, dans l'exercice de leurs fonctions, pourraient être exposés à une contamination au Covid-19 dans les situations de non-respect des mesures de prévention ou de mauvaise utilisation des EPI.

Dans ce cas les dispositions suivantes doivent être prises :

- informer le supérieur hiérarchique pour l'appréciation du degré d'exposition,
- auto-surveiller leurs symptômes,

- appliquer les gestes barrières,
- suivre l’algorithme de suivi des contacts
- en cas de nécessité de service, l’autorité sanitaire décidera de l’utilisation de ce personnel pendant son suivi

En cas de premiers symptômes, ils s’isolent immédiatement et contactent un médecin pour la prise charge.

## **8. Orientations sur la communication de risque et la mobilisation sociale**

Une des stratégies de riposte est la communication et l’information des communautés pour un changement de comportement.

### **8.1.Stratégie globale de communication par les structures de santé**

#### **8.1.1. Outils de communication**

Plusieurs outils de communication ont été élaborés pour sensibiliser et éduquer la population sur le Covid-19.

- Affiches, Flyers, Kakemonos
- Site web dédié à la diffusion des informations sur la maladie,
- Mise en place d’un numéro vert « 111 »
- Spots audio et vidéo
- Documents normatifs à l’usage du communicateur et des medias
- Utilisation de mégaphones par les ASC

#### **8.1.2. Du briefing des acteurs**

Toutes les activités de renforcement des capacités des acteurs de communication doivent respecter entre autres les mesures prises par le gouvernement :

- L’auto-isolement obligatoire de quatorze (14) jours pour toute personne arrivant au Togo et ayant séjourné dans un pays à haut risque. Des sanctions fortes sont prévues en cas de non-respect d’auto-isolement ;
- L’interdiction de tout rassemblement de plus de 15 personnes sur toute l’étendue du territoire national ;
- La distanciation sociale (1m)
- Le renforcement de la surveillance et des mesures individuelles et collectives de prévention et de protection ;

La population doit respecter les gestes barrières (confère chapitre PCI) :

#### **8.1.3. De la sensibilisation des populations**

Vu que le Covid-19 est un virus très contagieux et surtout par contact physique, il est recommandé de privilégier les activités de petits groupes en respectant la distanciation sociale et d’éviter le porte-à-porte.

**Dans les villages**, le partage de l'information est essentiellement fait par les ASC et animateurs formés sur la pandémie avec l'usage des mégaphones et des véhicules sonorisés.

**Dans les villes et les communes**, l'utilisation des véhicules sonorisés pour sillonner les artères est privilégiée ;

- Les affiches sont collées dans les lieux publics aussi bien dans les villes que dans les villages
- Quant aux flyers, ils sont distribués aux populations à des points stratégiques comme des marchés, les GAB, les centres de santé, les stations d'essence, etc. dans les villes et les villages.
- Les campagnes digitales sur les réseaux sociaux et les sites web (contre les rumeurs et les fausses informations) ;
- Utiliser les canaux disponibles, notamment les radio, les systèmes de messageries et les réunions communautaires de petits groupes pour faire passer l'information ;

## **9. Prévention de Covid-19 (PCI)**

Pour combattre efficacement la flambée, il faut mettre en œuvre un ensemble d'interventions avec la participation de la communauté. Les présentes directives précisent les mesures de PCI en milieu communautaire et dans les établissements de soins.

### **9.1. Réduction du risque infectieux pour l'homme en communauté**

En l'absence de traitement spécifique et de vaccin, la sensibilisation sur les facteurs de risque et les mesures individuelles de protection pouvant être prises pour réduire l'exposition de l'homme aux virus sont les seuls moyens de lutte.

Les messages de santé publique pour la réduction du risque doivent être axés sur :

- La diminution du risque de transmission interhumaine de Covid-19 dans la communauté résultant du contact direct ou rapproché avec des personnes infectées.
- L'enterrement sécurisé et digne dans de bref délai.

Les précautions suivantes doivent être prises :

- Se laver régulièrement les mains avec de l'eau propre et du savon, et à défaut la désinfection des mains avec une solution hydroalcoolique (lors des cérémonies, après un contact avec un malade, etc.) ;
- Éviter les contacts étroits avec une personne présentant des symptômes tels que la toux, le rhume, la fièvre et les difficultés respiratoires ;
- Éviter tout contact avec les animaux et leurs sécrétions qu'ils soient sauvages ou d'élevages en période d'épidémie ;
- Se couvrir la bouche et le nez avec un mouchoir quand on tousse ou éternue ;
- Tousser ou éternuer dans le pli du coude en l'absence de mouchoir ;

- Bien cuire les viandes et les aliments avant de les consommer ;
- Porter le masque/ cache nez si nécessaire (hôpital, zone à risque, etc.) ;
- Eviter l'automédication et se rendre dans un centre de santé au plutôt devant les symptômes évocateurs ;
- Eviter autant que possible les lieux publics ;
- Eviter les contacts avec les affaires d'une personne suspecte et prévenir le centre de santé le plus proche ;
- Mettre en place les dispositifs de lavage des mains (DLM) et gel hydroalcoolique dans la communauté surtout dans les lieux publics : gares, marchés, bars, aéroports, stades, institutions bancaires, etc. ;
- Respecter les mesures de confinement et collaborer avec les services de santé ;
- Se rendre dans la formation sanitaire la plus proche devant les signes/ symptômes suspects, et préciser s'il y a une notion de voyage ;
- Signaler tout cas de décès suspect et éviter de manipuler les cadavres ;
- Appeler le numéro vert « 111 » pour toutes informations utiles.

## **9.2.Lutte contre l'infection dans les établissements de soins**

Les agents de santé s'occupant de patients ayant une infection présumée ou confirmée par le Covid-19 doivent appliquer les précautions standards et les précautions additionnelles de la PCI pour éviter toute exposition aux risques d'infection. Les précautions standards sont les suivantes :

- Appliquer une bonne hygiène des mains :
  - Mise en place des DLM aux postes de soins et au public ;
  - Mise à disposition de la solution hydroalcoolique pour le personnel.
- Avoir une bonne hygiène respiratoire :
  - Mesure de distanciation des patients dans les salles d'attente et de prise en charge ;
  - Port de masque respiratoire par le personnel soignant et les patients suspects ou confirmés.
- Porter un EPI approprié en fonction de l'évaluation des risques.
  - Respect du port d'EPI selon l'acte à accomplir
- Effectuer le nettoyage et la désinfection pluriquotidien de l'environnement :
  - Nettoyage à l'eau et au savon des surfaces ;

- Utilisation de solution chlorée à 0,5% (Annexe 13) pour la désinfection des surfaces et de l'environnement des patients.
- Éliminer les déchets de façon appropriée :
  - Respect des principes de base de la gestion des déchets (tri, collecte, transport et élimination des déchets) ;
  - Incinération systématique de tous les déchets issus de la prise en charge des patients suspects ou confirmés.
- Désinfecter les équipements de soins :
  - Désinfection du matériel ;
  - Stérilisation du matériel en respectant leur nature.
- Pratiquer la sécurité des objets piquants/tranchants
- Effectuer le nettoyage et la désinfection des linges utilisés

### **Précautions complémentaires :**

#### 1. Isolement :

- Aménager une salle pour l'isolement des cas dans toutes les FS
- Mettre en place un système de tri des patients dans les FS

#### 2. Affichage/note au dossier :

- Mettre en place les affiches ou tout document relatif aux informations sur le Covid-19 et les dispositions techniques

#### 3. Equipement de Protection Individuel :

- EPI complet pour le personnel des centres de prise en charge, des EIR, des laboratoires et les équipes d'enterrement digne et sécurisé.

#### 4. Matériel/équipement dédiés et autres mesures de nettoyage

- En fonction des actes à poser, l'agent doit évaluer les risques et porter les EPI adaptés pour prévenir les risques (Confère Annexe 12)

#### 5. Transport/déplacement du patient :

- Utiliser une ambulance appropriée pour le transport des cas.
- Désinfecter tout moyen ayant servi de transport des cas
- Définir un circuit unique pour le déplacement des patients au sein des centres de prise en charge.



### **9.3. Conduite à tenir devant un décès lié ou suspecte d'être lié à une infection au Covid-19**

Le contexte de pandémie au nouveau corona virus et la situation sanitaire actuelle que vit le Togo imposent une gestion sécurisée des cadavres contaminés au nouveau corona virus ou suspectés de l'être. Cette gestion doit toujours être encadrée par les principes de bases fondamentaux ci-après :

- la sécurité et la santé du personnel impliqué dans la gestion des cadavres liés au Covid-19 devraient constituer la plus grande priorité
- assurer la protection et le respect des défunts, de leur famille et prévenir les disparitions ;
- tout doit être fait pour assurer une identification fiable du défunt (aucun indice permettant la traçabilité et facilitant une identification future ne devrait être négligé)
- la gestion sécurisée des cadavres en contexte de Covid-19 ne devrait pas entraver l'investigation médico-légale du décès par les autorités compétentes lorsque cela est nécessaire en cas de mort suspecte (accident, suicide ; homicide) ou de mort en détention. Des dispositions sécuritaires complémentaires devraient être prises.

Afin d'assurer la sécurité des inhumations, la procédure à suivre est la suivante :

#### **9.3.1. Acteurs et préparation matérielle de l'inhumation**

- Le médecin (médecin traitant, médecin légiste ou tout autre médecin remplissant les conditions légales d'exercice de la médecine au Togo) qui rédige le constat de décès doit porter des gants et un masque chirurgical ; doit informer les membres de la famille du défunt des mesures à prendre pour éviter toute contamination
- Tous les membres de l'équipe doivent être informés clairement des mesures hygiéniques à respecter
- Identifier un ou deux membres de la famille devant assister aux activités de préparation de la dépouille
- Réunir tous les équipements nécessaires lors de la préparation de la dépouille
  - Équipement de protection individuelle
    - Masque FFP3 ou N95
    - Lunettes ± visière de protection
    - Paires de gants jetables
    - Paires de gant résistant (gants en nitrile ou gants de ménage ou les deux en cas d'existence de plaie ou coupure)
    - Chaussures (bottes en caoutchouc recommandés)
    - Combinaison jetable et tablier en plastique
  - Housse mortuaire
  - Hygiène des mains
    - Eau et savon liquide ou solution hydro-alcoolique
    - Eau de javel diluée à 0,5%
  - Drap/pagne ou linceul

### **9.3.2. Préparation de la dépouille**

Cette étape comprend la préparation de la dépouille avant son transport vers la morgue et/ou le cimetière :

- Respecter l'utilisation des équipements sus-cités pour la préparation de la dépouille mortelle afin d'éviter toute contamination
- Envelopper le corps dans un drap/pagne/linceul avant de le placer dans la housse mortuaire imperméable puis dans un cercueil qui se ferme hermétiquement en cas de besoin
- La mise en bière est immédiate dans une housse mortuaire étanche en prenant toutes les mesures de prévention et de biosécurité
- La toilette religieuse n'est pas préconisée (éviter l'utilisation de toute méthode ou produit pouvant générer des éclaboussures ou des particules aérosols)
- Désinfecter l'extérieur de la housse mortuaire en pulvérisant un désinfectant (par exemple une solution chlorée à 0,5%)
- Les membres de la famille sont autorisés à voir leur défunt qu'après préparation de la dépouille et sans le toucher
- L'équipement porté lors de la préparation de la dépouille doit être retiré immédiatement après et doit être traité comme un déchet à risque infectieux (DASRI)
- L'hygiène des mains doit être respectée scrupuleusement (lavage à l'eau et au savon ou friction au produit hydro-alcoolique) immédiatement après le retrait de la tenue de protection.

### **9.3.3. Désinfection de l'environnement**

- Récupérer et rassembler les éventuels objets du défunt qui ont pu être utilisés par lui (draps, vêtement etc.) et les mettre dans un sachet résistant en vue de les incinérer
- Nettoyer toutes les pièces et les annexes qui ont pu être infectées par le défunt à l'eau propre et aux désinfectants (par exemple l'eau chlorée à 0,5%)
- Aérer la pièce
- Nettoyer à l'eau et au désinfectant (eau de javel, solution chlorée à 0,5%) les objets du défunt (la vaisselle...) qui ont pu être infectés par lui
- Les matelas souillés par les liquides corporels doivent être brûlés
- L'équipement médical réutilisable, doit être nettoyé et désinfecté selon les procédures standards

### **9.3.4. Transport de la dépouille**

Le transport doit obéir aux principes suivants :

- La dépouille est mise dans un cercueil scellé ou une housse mortuaire imperméable avant tout transport

- Les personnes désignées pour le transport de la dépouille (personnel de la morgue, brancardier, ambulancier) doivent s'équiper de gants en nitrile ou de gants ménager, d'une combinaison imperméable, de lunettes et de masques pour protéger les yeux, le nez et la bouche.
- Le véhicule utilisé pour le transport du défunt doit être nettoyé et désinfecté

#### **9.3.5. Inhumation au cimetière**

- Descendre doucement la dépouille dans la tombe
- Récupérer tous les gants ménagers utilisés et les placer dans un sac à déchet destiné à la désinfection
- Le matériel non réutilisable est jeté dans la tombe après désinfection
- Se laver les mains à l'aide de savon liquide ou de solution hydro-alcoolisée ; cela concerne toutes les personnes ayant pris part au transport et à l'inhumation du défunt

Ces recommandations devraient être appliquées aussi bien par le personnel médical que par toute personne impliquée dans la gestion de l'inhumation de personnes décédées de maladies à corona virus (Covid-19) suspectées ou confirmées.

#### **9.4. Conduite à tenir en cas de nécessité d'examen post-mortem**

Les décès reconnus liés au Covid-19 sont des morts naturelles et ne nécessitent généralement pas d'examen post-mortem approfondis. Toutefois un examen complet peut être requis dans certaines circonstances (mort en détention) ou mort suspectes (accident, suicide, homicide) en dépit du statut Covid-19 du défunt. La décision d'un examen post-mortem complet est prise après discussion entre autorités judiciaires en charge du dossier, investigateur judiciaire et médecin.

#### **9.5. Conduite à tenir face à un corps non identifié en situation de Covid-19**

En cas de nécessité (dépouille d'un inconnu) les mêmes procédures d'identification médico-légales sont appliquées en respectant les précautions ci-après :

- Port d'équipement de protection individuelle par toutes les personnes impliquées dans le processus d'identification (police judiciaire + médecin)
- Eviter les gestes invasifs dans la mesure du possible
- Procéder à l'examen complet et à la mise en œuvre de la procédure d'identification dans une chambre mortuaire transitoire dédiée afin d'éviter la contamination d'une morgue ordinaire mettant en danger son personnel
- Prise de photos d'identité judiciaire

- Prise d'empreintes digitale après désinfection des mains du défunt
- Faire un dossier radiographique si cela est possible
- La tombe individuelle devra être privilégiée

## **Conclusion**

Les présentes directives constituent un document de référence pour la prise en charge standardisée des cas de Covid-19 à tous les niveaux du système de santé au Togo. Elles s'inspirent des recommandations de l'OMS en matière de lutte anti-infectieuse des coronavirus. Elles pourront être actualisées à mesure que de nouvelles informations sur le Covid-19 soient disponibles.

Sachant qu'il n'existe pour l'instant pas de traitement spécifique, les établissements de santé doivent appliquer les stratégies de lutte anti-infectieuse pour prévenir et limiter la transmission de la maladie en cas d'éventuelle épidémie de Covid-19, notamment l'identification précoce et le confinement (isolement des patients chez lesquels on suspecte une infection), la mise en avant de l'hygiène des mains, de l'hygiène respiratoire et des masques médicaux à utiliser pour les patients présentant des symptômes respiratoires. Il est aussi capital de mettre l'accent sur l'utilisation appropriée des précautions contre le contact et les gouttelettes pour les cas suspects, la prise en charge prioritaire des patients symptomatiques. Enfin, il faut éduquer les patients et les familles à l'identification précoce des symptômes, les précautions de base à prendre et l'établissement de santé où ils doivent se rendre.

Chaque agent est appelé à son niveau à s'investir pleinement dans le respect des directives de prise en charge de cas de Covid-19 au Togo.

## Annexes

### Annexes 1-a : Procédures opérationnelles standardisées (POS) du port autonome de Lomé sur la détection d'une personne/voyageur présentant des signes/symptômes de MPE

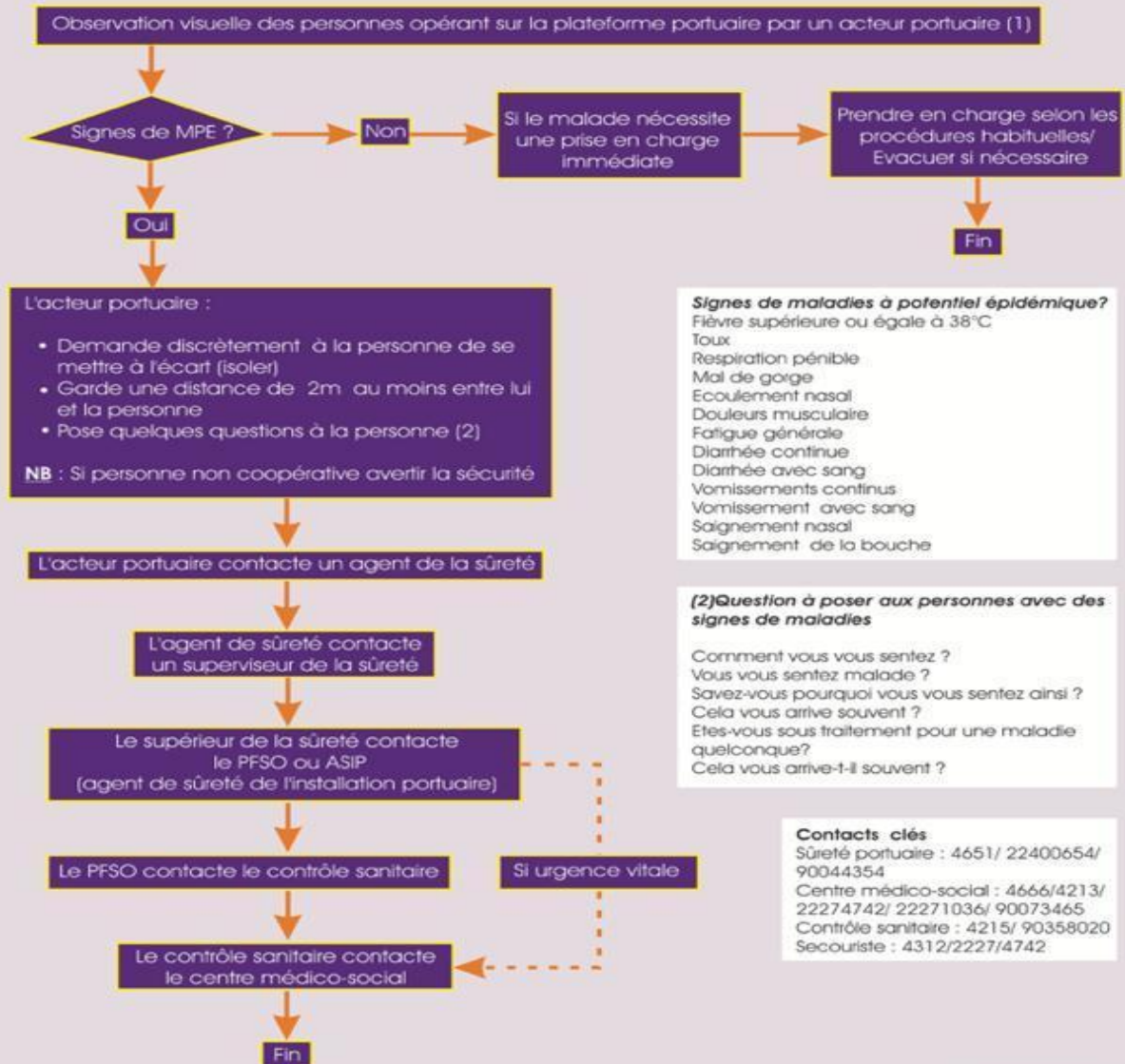
REPUBLIQUE TOGOLAISE



#### Procédure Opérationnelle Standardisée sur détection d'une personne/voyageur présentant des signes/symptômes de maladie à potentiel épidémique (MPE) au Port Autonome de Lomé

**Objectif :** Fournir les étapes à suivre pour la détection d'une personne malade présentant des signes/symptômes de MPE au Port Autonome de Lomé.

**Acteurs cibles** agents de la capitainerie du port, agents du contrôle sanitaire, agents du centre médico-social, agents de la sûreté portuaire, l'agence maritime (agence consignataire/ agence protectrice), l'agent de sûreté de l'installation portuaire.



19 Février 2020



## Annexes 1-b : POS du port autonome de Lomé sur la gestion d'une personne/voyageur suspect de MPE

REPUBLIQUE TOGOLAISE



### Procédure Opérationnelle Standardisée sur la gestion d'une personne/voyageur suspect de maladie à potentiel épidémique (MPE) au Port Autonome de Lomé

**Objectif :** Fournir les étapes à suivre pour la gestion d'une personne malade présentant des signes/symptômes de MPE.

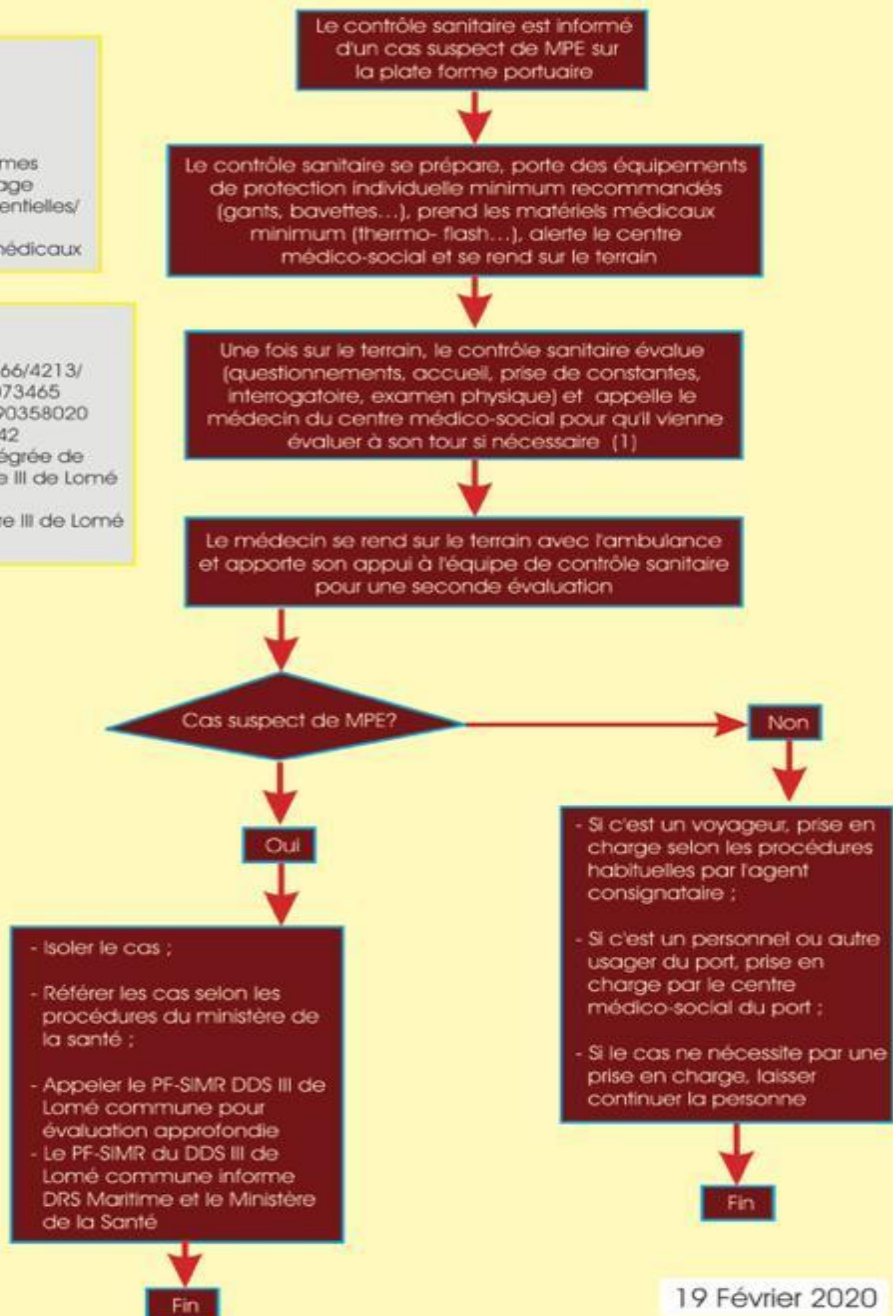
**Acteurs cibles :** agents de la capitainerie du port, agents du contrôle sanitaire, agents du centre médico-social, Point focal Surveillance Intégrée de Maladie et Riposte (PF SIMR), le Directeur du District Sanitaire (DDS) III de Lomé commune, le Directeur Régional de la Santé (DRS) Maritime et le Ministère de la Santé

#### (1) Questionnements

- Nom
- Prénoms
- Age
- Vérifier les signes/ symptômes
- Vérifier l'historique de voyage
- Vérifier les expositions potentielles/ contacts
- Vérifier les antécédents médicaux

#### Contacts clés

Centre médico-social : 4666/4213/  
22274742/ 22271036/ 90073465  
Contrôle sanitaire : 4215/ 90358020  
Secouriste : 4312/2227/4742  
Point focal Surveillance Intégrée de  
Maladie du district sanitaire III de Lomé  
commune : 90205203  
Directeur du district sanitaire III de Lomé  
commune : 90165884



19 Février 2020

## Annexes 1-c : POS du port autonome de Lomé sur la notification d'une personne malade de MPE à bord d'un paquebot de croisière en haute mer

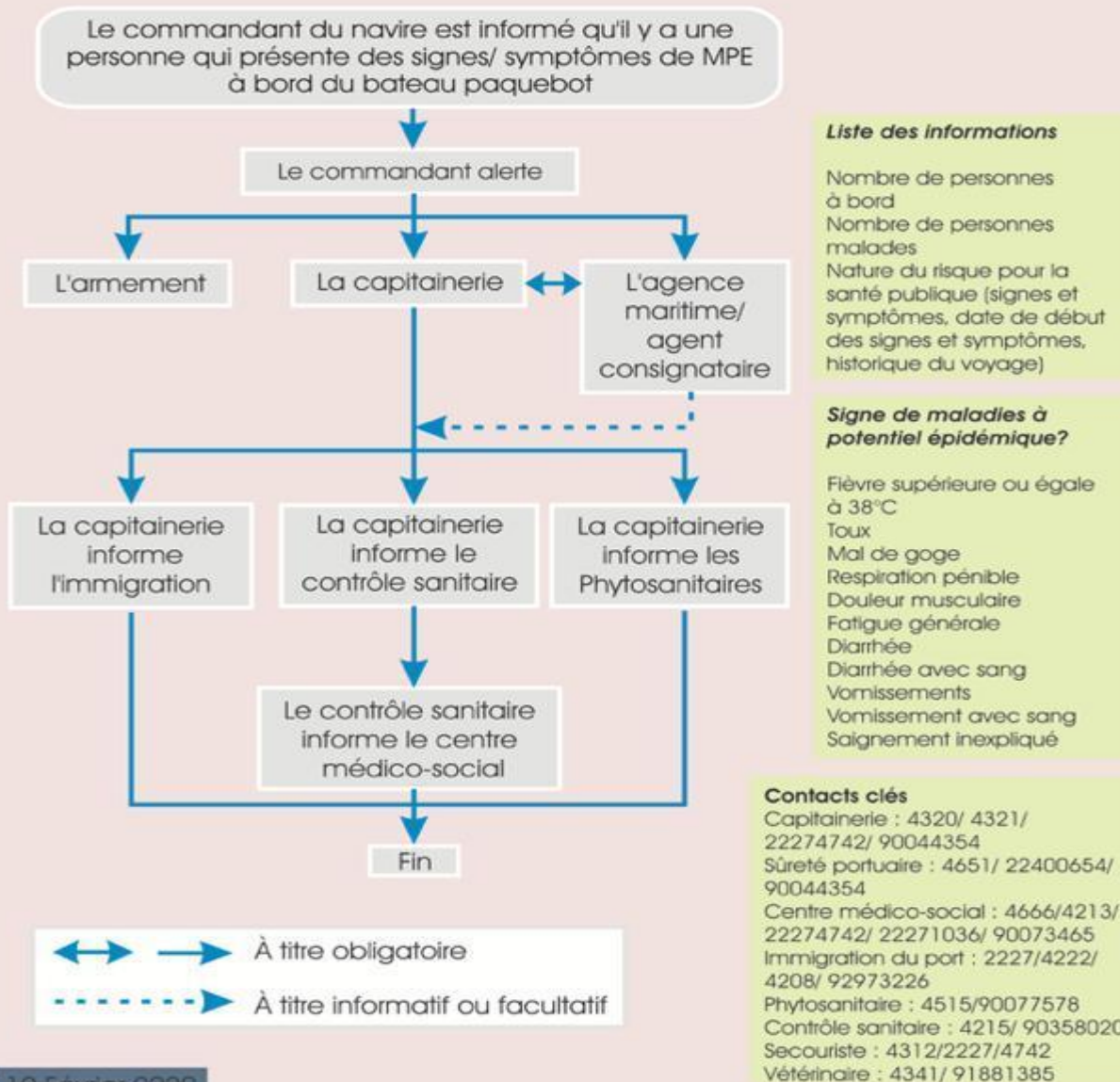
REPUBLIQUE TOGOLAISE



### Procédure Opérationnelle Standardisée notification d'une personne malade présentant des signes /symptômes de maladie à potentiel épidémique (MPE) à bord bateau (PAQUEBOT DE CROISIERE) en haute mer au Port Autonome de Lomé

**Objectif :** Fournir les étapes à suivre pour la notification d'une personne malade à bord d'un bateau paquebot en haute mer en route vers le Port Autonome de Lomé.

**Acteurs cibles :** agents de la Capitainerie du port, agents du contrôle sanitaire, agents du centre médico-social, agents de la sûreté portuaire, commandant du navire, l'armement, l'agence maritime (agence consignataire/ agence protectrice) agents de l'immigration du port et agents du service phytosanitaire.



19 Février 2020



## Annexes 1-d : POS du port autonome de Lomé sur la référence d'une personne malade de MPE vers un centre de santé

REPUBLIQUE TOGOLAISE



### Procédure Opérationnelle Standardisée sur la référence d'une personne malade présentant des signes/symptômes de maladie à potentiel épidémique (MPE) au Port Autonome de Lomé vers un centre de santé

**Objectif :** Fournir les étapes à suivre pour la référence d'une personne malade présentant des signes/ symptômes de MPE au Port Autonome de Lomé vers un centre de santé.

**Acteurs cibles :** agents de la capitainerie du port, agents du contrôle sanitaire, agents du centre médico-social, Point focal Surveillance Intégrée de Maladie et le Directeur du district sanitaire III de Lomé.

Prise de décision de référer par l'équipe de contrôle sanitaire par l'équipe du contrôle sanitaire appuyé par le médecin du centre médico-social

L'équipe de contrôle sanitaire appeler la capitainerie qui envoie une ambulance

L'ambulance arrive et transfère le malade vers le centre de santé approprié (1)

Le cas arrive au centre de santé approprié et est pris en charge

Le centre de santé approprié fait un retour d'information à l'équipe de contrôle sanitaire du port

L'équipe du contrôle sanitaire du port partage l'information avec l'équipe de centre médico-social et les autorités portuaires

Fin

#### Signes de maladies à potentiel épidémique?

Fièvre supérieure ou égale à 38°C  
Toux  
Respiration pénible  
Mal de gorge  
Écoulement nasal  
Douleurs musculaire  
Fatigue générale  
Diarrhée continue  
Diarrhée avec sang  
Vomissements continus  
Vomissement avec sang  
Saignement nasal,  
Saignement de la bouche  
CHU S.O

#### Contacts clés

Centre médico-social : 4666/4213/  
22274742/ 22271036/ 90073465

Contrôle sanitaire : 4215/ 90358020

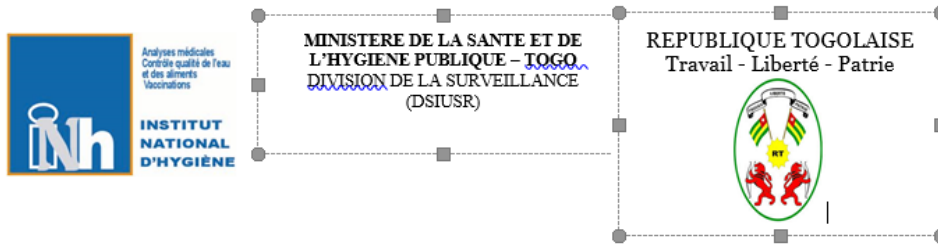
Secouriste : 4312/2227/4742

Point focal Surveillance Intégrée de  
Maladie du district sanitaire III  
de Lomé commune : 90205203  
Directeur du district sanitaire III  
de Lomé commune : 90165884

19 Février 2020



## Annexe 2 : Fiche de Renseignements des passagers pour MPE aux points d'entrée (Aéroport)



### Fiche de Renseignements des passagers pour Maladies à Potentiel Epidémique aux points d'entrée (Aéroport)

**Point d'entrée (Entry Point) :** \_\_\_\_\_

Date (Date) \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

N° de Vol (Flight) : \_\_\_\_\_ N° de Siège (Seat) : \_\_\_\_\_

Venant de (coming from) : \_\_\_\_\_ Allant à (going to) : \_\_\_\_\_

Lieu(x) de séjour dans les 15 derniers jours (par ordre de séjour) /Places of stay in the last 15 days (in stay order) : \_\_\_\_\_

Lieux (Places)	Périodes (Periods)
1.	du (from)..... au (to).....
2.	du (from)..... au (to).....
3.	du (from)..... au (to).....
4.	du (from)..... au (to).....
5.	du (from)..... au (to).....

**Identification du passager (Passenger Identification) :**

Nom (Surname) : \_\_\_\_\_ Prénoms (Name) : \_\_\_\_\_

Age (ans/years) : \_\_\_\_\_ Sexe (Gender) : M  F

Profession : \_\_\_\_\_

CNI/ ID/ Passeport/ N° \_\_\_\_\_ Pays (country) : \_\_\_\_\_

Domicile au Togo (Place of stay in Togo) : \_\_\_\_\_

Région : \_\_\_\_\_ Ville (Town) : \_\_\_\_\_ Quartier (district) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_ Hôtel : \_\_\_\_\_

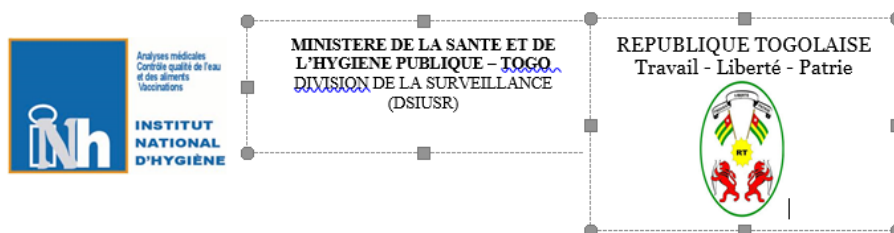
Personne à prévenir en cas de besoin : \_\_\_\_\_

**Température (à l'arrivée/ at arrival) :** | \_\_\_\_\_|°C

**Signature :**

\_\_\_\_\_

### Annexe 3 : Fiche de Renseignements des passagers pour MPE aux points d'entrée (Port)



### Fiche de Renseignements des passagers pour Maladies à Potentiel Epidémique aux points d'entrée (Port)

**Point d'entrée (Entry Point) :** \_\_\_\_\_

Date (Date) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Nom du bateau \_\_\_\_\_ N° immatriculation : \_\_\_\_\_

Venant de (coming from) : \_\_\_\_\_ Allant à (going to) : \_\_\_\_\_

Lieu(x) de séjour dans les 15 derniers jours (par ordre de séjour) /Places of stay in the last 15 days (in stay order) : \_\_\_\_\_

Lieux (Places)	Périodes (Periods)
1.	du (from)..... au (to).....
2.	du (from)..... au (to).....
3.	du (from)..... au (to).....
4.	du (from)..... au (to).....
5.	du (from)..... au (to).....

### **Identification du passager (Passenger Identification) :**

Nom (Surname) : \_\_\_\_\_ Prénoms (Name) : \_\_\_\_\_

Age (ans/years) : \_\_\_\_\_ Sexe (Gender) : M  F

Profession : \_\_\_\_\_

CNI/ ID/ Passeport/ N° \_\_\_\_\_ Pays (country) : \_\_\_\_\_

Domicile au Togo (Place of stay in Togo) : \_\_\_\_\_

Région : \_\_\_\_\_ Ville (Town) : \_\_\_\_\_ Quartier (district) : \_\_\_\_\_

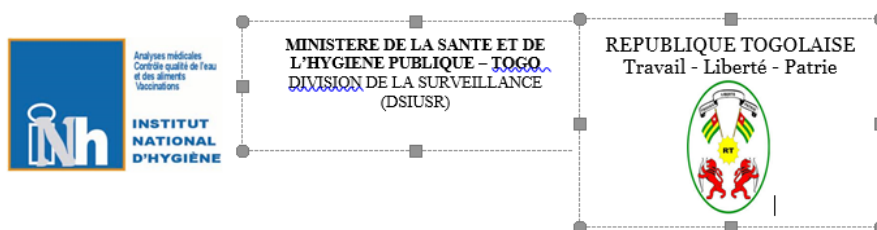
Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_ Hôtel : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas de besoin : \_\_\_\_\_

**Température (à l'arrivée/ at arrival) :** | \_\_\_\_\_ |°C

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Annexe 4 : Fiche d'enregistrement pour la surveillance des Maladies à Potentiel Epidémique dans les Hôtels**



**Fiche d'enregistrement pour la surveillance des Maladies à Potentiel Epidémique dans les Hôtels**

**Hôtel :** \_\_\_\_\_

Date d'arrivée (Arrival date) \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Chambre : \_\_\_\_\_

Venant de (coming from) : \_\_\_\_\_ Allant à (going to) : \_\_\_\_\_

Lieu(x) de séjour dans les 15 derniers jours (par ordre de séjour) /Places of stay in the last 15 days (in stay order) :

Lieux (Places)	Périodes (Periods)
1-	du (from)..... au (to).....
2-	du (from)..... au (to).....
3-	du (from)..... au (to).....
4-	du (from)..... au (to).....
5-	du (from)..... au (to).....

**Identification du passager (Passenger Identification):**

Nom (Surname)\_\_\_\_\_ Prénoms (Name) \_\_\_\_\_

Age (ans/years) \_\_\_\_\_ Sexe (Gender) : M

Profession \_\_\_\_\_

CNI/ ID/ Passeport/ N° \_\_\_\_\_ Pays (country) \_\_\_\_\_

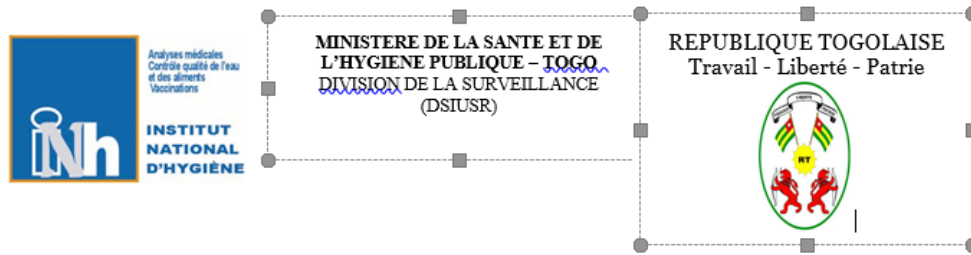
Téléphone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Symptômes :** Oui  Non  **Lesquels :** \_\_\_\_\_

- Fièvre (*Fever*) : Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Toux (cough) : Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Difficultés respiratoires (*breathing difficulties*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Mal de gorge (*sore throat*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Ecoulement nasal (*runny nose*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Douleurs musculaires/articulaires (Joints/Muscles'pain): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Fatigue générale (*general fatigue*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Vomissement (*Vomiting*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Vomissement avec du sang (*Vomiting with blood*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Diarrhée (*Diarrhoea* ) : Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Diarrhée avec du sang (*Diarrhoea with blood*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Saignement nasal (*Bleeding from nose*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Saignement de la peau (*Bleeding from skin*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|
- Saignement dans la bouche (*Bleeding from mouth*): Oui (Yes) |\_\_| Non (No) |\_\_|

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Annexe 5 : Fiche de Renseignements des passagers pour Maladies à Potentiel Epidémique aux points d'entrée (Frontière terrestre)**



**Fiche de Renseignements des passagers pour Maladies à Potentiel Epidémique aux points d'entrée (Frontière terrestre)**

**Point d'entrée (Entry Point) :** \_\_\_\_\_

Date (Date) \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Moyen de transport : Motocyclette  Transport en commun  Privé  Autres

Venant de (coming from) : \_\_\_\_\_ Allant à (going to) : \_\_\_\_\_

Lieu(x) de séjour dans les 15 derniers jours (par ordre de séjour) /Places of stay in the last 15 days (in stay order) : \_\_\_\_\_

Lieux (Places)	Périodes (Periods)
1.	du (from)..... au (to).....
2.	du (from)..... au (to).....
3.	du (from)..... au (to).....
4.	du (from)..... au (to).....
5.	du (from)..... au (to).....

**Identification du passager (Passenger Identification) :**

Nom (Surname) : \_\_\_\_\_ Prénoms (Name) : \_\_\_\_\_

Age (ans/years) : \_\_\_\_\_ Sexe (Gender) : M  F

Profession : \_\_\_\_\_

CNI/ ID/ Passeport/ N° \_\_\_\_\_ Pays (country) : \_\_\_\_\_

Domicile au Togo (Place of stay in Togo) : \_\_\_\_\_

Région : \_\_\_\_\_ Ville (Town) : \_\_\_\_\_ Quartier (district) : \_\_\_\_\_

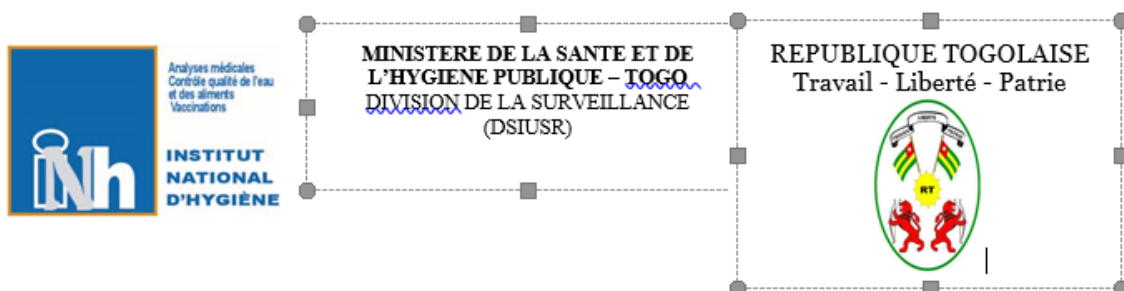
Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_ Hôtel : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas de besoin : \_\_\_\_\_

**Température (à l'arrivée/ at arrival) :** | \_\_\_\_\_|°C

**Signature :** \_\_\_\_\_

## Annexe 6 : Formulaire de notification pour les cas suspects et probables de COVID-19



### Formulaire A0 : Formulaire de notification pour les cas suspects et probables de COVID-19

Numéro d'identification unique du dossier/(Données du district de résidence du cas) :

Utilisation officielle		Numéro				
Seulement : EPID :		_____	_____	_____	_____	Reçu le : ____/____/____
		Pays	Région	District	Année	N° du cas

1. Situation actuelle (Données du district notifiant le cas)	
Région _____	District _____ Formation sanitaire _____
Service _____	
Date de consultation (jj/mm/aaaa) : ____ / ____ / ____	Numéro de Registre _____ Date de notification (jj/mm/aaaa): ____ / ____ / ____
Diagnostic de présomption : <input type="checkbox"/> Cas suspect ; <input type="checkbox"/> Cas probable ; <input type="checkbox"/> Cas confirmé ; <input type="checkbox"/> Contact; <input type="checkbox"/> Voyageur	
Prélèvement de contrôle: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non; si oui, quel ième prélèvement? <input type="checkbox"/> 1er ; <input type="checkbox"/> 2ème ; <input type="checkbox"/> 3ème; <input type="checkbox"/> 4ème; <input type="checkbox"/> 5ème	
Situation actuelle: <input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Décédé	

2. Informations sur le notificateur	
Nom	
Institution	

Numéro de téléphone	
Courriel	
Date du remplissage du formulaire (jj/mm/aaaa)	___/___/___

<b>3. Informations socio-démographiques du cas</b>	
Prénom	
Nom de famille	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu
Numéro de téléphone (portable)	
Âge (années, mois)	___ ans ___ mois <input type="checkbox"/> Inconnu
Courriel :	
(District de résidence, Ville, Quartier, village)	
<b>Adresse du cas ou du répondant (s'il s'agit d'enfant)</b>	
Région	
District	
Ville	
Village/quartier	
Pays de résidence	
Nationalité	
Numéro de téléphone (portable)	
Relation avec le cas (Si répondant)	
<b>4. Informations sur le répondant (si la personne qui fournit les informations n'est pas le patient)</b>	

Prénom	
Nom de famille	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu
Relation avec le patient	
Adresse (District de résidence, Ville, Quartier, village)	
Numéro de téléphone (portable)	

<b>5. Symptômes du patient (dès l'apparition des symptômes)</b>	
Date d'apparition des premiers symptômes (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Pas de symptômes <input type="checkbox"/> Inconnu
Fièvre ( $\geq 38$ °C) ou antécédents de fièvre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Nez qui coule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
L'essoufflement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Nausées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Céphalées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Faiblesses générales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Irritabilité/confusion mentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs à la poitrine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Si oui préciser	
Autres signes de gravités chez l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Si oui préciser	

### 7. Complications/Evolution

Hospitalisation nécessaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, nom de l'hôpital
Admission à l'unité de soins intensifs (ICU) requise	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Pneumonie par radiographie du thorax	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet (pas de radiographie) <input type="checkbox"/> Date ___/___/___
Autres maladies graves ou mortelles évoquant une infection	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Ventilation mécanique nécessaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Oxygénation extracorporelle par membrane (EMO) nécessaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Evolution finale	<input type="checkbox"/> Guérit <input type="checkbox"/> Décédé (Date : ___/___/___) <input type="checkbox"/> Inconnu

### 8. Expositions humaines dans les jours précédant l'apparition des symptômes (en février 2020, dans les 14 derniers jours)

Avez-vous voyagé dans votre pays au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
---	--



	<p>Si oui, dates du voyage (jj/mm/aaaa) :  ____/____/____ à ____/____/____</p> <p>Régions visitées :</p> <p>Villes visitées :</p>
Avez-vous voyagé à l'étranger au cours des 14 derniers jours ?	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui, dates du voyage (jj/mm/aaaa) :  ____/____/____ à ____/____/____</p> <p>Pays visités :</p> <p>Villes visitées :</p>
Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne atteinte d'une infection COVID-19 suspectée ou confirmée ?	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui: préciser</p> <p>Cas 1: dates du dernier contact (jj/mm/aaaa) ____/____/____;  Identité du cas 1 :  Lieu du dernier contact:</p> <p>Cas 2: dates du dernier contact (jj/mm/aaaa) ____/____/____;  Identité du cas 2 :  Lieu du dernier contact:</p> <p>Cas 3: dates du dernier contact (jj/mm/aaaa) ____/____/____;  Identité du cas 3 :  Lieu du dernier contact:</p>
Le patient a assisté à un festival ou à un rassemblement de masse au cours des 14 derniers jours	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Si oui, précisez :</p>
Patient exposé à une personne souffrant d'une maladie similaire au cours des 14 derniers jours	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p>
Lieu d'exposition au cours des 14 derniers jours	<p><input type="checkbox"/> Accueil <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Lieu de travail</p>

	<input type="checkbox"/> Groupe de visite <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, précisez :												
Le patient s'est rendu ou a été hospitalisé dans un établissement de santé au cours des 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :												
Le patient s'est rendu dans un établissement de soins ambulatoires au cours des 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :												
Le patient a consulté un guérisseur traditionnel au cours des 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez le type :												
Le patient a-t-il visité des marchés d'animaux vivants au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui: préciser  dates de la dernière visite (jj/mm/aaaa) ___/___/___; Lieu de la dernière visite:												
Profession du patient (préciser le lieu/l'établissement)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Profession</th> <th>Lieu de travail</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professionnel de santé</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travailler avec les animaux</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professionnel de laboratoire</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Étudiant</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Profession	Lieu de travail	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé		<input type="checkbox"/> Travailler avec les animaux		<input type="checkbox"/> Professionnel de laboratoire		<input type="checkbox"/> Étudiant		<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
Profession	Lieu de travail												
<input type="checkbox"/> Professionnel de santé													
<input type="checkbox"/> Travailler avec les animaux													
<input type="checkbox"/> Professionnel de laboratoire													
<input type="checkbox"/> Étudiant													
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :													

9. État d'avancement du formulaire	
Formulaire complété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ou partiellement

	Si Non ou partiellement, raison : <input type="checkbox"/> Manqué <input type="checkbox"/> Pas de tentative <input type="checkbox"/> Non réalisé <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
--	---

6. Prélèvement initial d'échantillons	
Date du prélèvement de l'échantillon respiratoire (jj/mm/aaaa)	___/___/___
Quel type d'échantillon respiratoire a été prélevé ?	<input type="checkbox"/> Prélèvement nasal <input type="checkbox"/> Prélèvement de gorge <input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé <input type="checkbox"/> Autre, précisez
Un sérum de référence a-t-il été prélevé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date de la prise de sérum de référence (jj/mm/aaaa) ___/___/___
D'autres échantillons ont-ils été prélevés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, quels sont les échantillons :  Si oui, date de la prise (jj/mm/aaaa) ___/___/___

**12a. Méthodes et résultats des tests moléculaires :**

Remplissez une nouvelle ligne pour chaque échantillon collecté et chaque type de test effectué :

Numéro d'identification du laboratoire	Date du prélèvement de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Date de réception de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat	Date du résultat (jj/mm/aaaa)	Les échantillons sont envoyés à d'autres laboratoires pour confirmation
	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Prélèvement nasal <input type="checkbox"/> Prélèvement de gorge <input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Séquençage du génome entier <input type="checkbox"/> Séquençage partiel du génome <input type="checkbox"/> Autre, précisez	<input type="checkbox"/> POSITIF pour COVID-19 <input type="checkbox"/> NEGATIF pour COVID-19 <input type="checkbox"/> POSITIF pour d'autres agents pathogènes  Veuillez préciser quels sont les agents pathogènes :	___/___/___	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez la date ___/___/___  Si oui, nom du laboratoire : ___  <input type="checkbox"/> Non

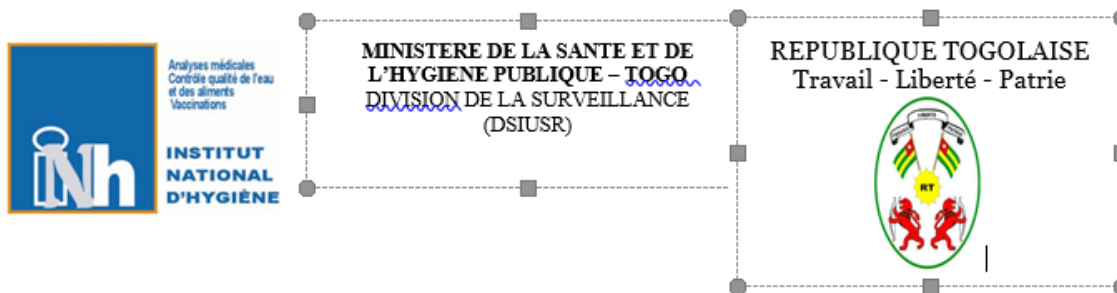
**12b. Méthodes et résultats des tests sérologiques :**

Remplissez une nouvelle ligne pour chaque échantillon collecté et chaque type de test effectué :

Numéro d'identification du laboratoire	Date du prélèvement de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Date de réception de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat (titres d'anticorps COVID-19)	Date du résultat (jj/mm/aaaa)	Les échantillons sont envoyés à d'autres laboratoires pour confirmation
--	---	---	--------------------	--------------	--	-------------------------------	---

	____/____/____	____/____/____	<input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Précisez le type (ELISA/IFA IgM/IgG, test de neutralisation, etc.) :	<input type="checkbox"/> POSITIF Si le résultat est positif, le titre : <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> INCONCLUSIF	____/____/____	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez la date ____/____/____ Si oui, nom du laboratoire : ____ <input type="checkbox"/> Non
--	----------------	----------------	--	--	--	----------------	---

## Annexe 7 : Formulaire de notification des contacts des cas COVID-19 confirmés



### Formulaire B1 : Formulaire de notification des contacts des cas COVID-19 confirmés

Nom du cas confirmé

--

Numéro d'identification du cas confirmé :

Utilisation officielle Numéro					
Seulement : EPID : _____					
Pays	Région	District	Année	N° du cas	

Numéro d'identification du cas contact :

Utilisation officielle Numéro						
Seulement : EPID : _____						
Pays	Région	District	Année	N° cas confirmé	Numéro contact	

1. Informations sur le notificateur	
Nom et prénoms	
Institution	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Date du remplissage du formulaire (jj/mm/aaaa)	__/__/__

2. Informations sur les personnes interrogées (si la personne qui fournit les informations n'est pas le contact)	
Prénom	
Nom de famille	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	__/__/__ <input type="checkbox"/> Inconnu
Relation avec le patient	
Adresse du répondant	
Numéro de téléphone (portable)	

3. Coordonnées du contact
---------------------------

Prénom	
Nom de famille	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu
Lien avec le cas confirmé	
Adresse (village/ville, district, province/région)	
Numéro de téléphone (portable)	
Courriel :	
Mode de contact préféré	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Courriel
Nationalité	
Pays de résidence	

4. Informations générales sur l'exposition													
Avez-vous voyagé dans votre pays au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dates du voyage (jj/mm/aaaa) : ___/___/___ à ___/___/___  Régions visitées :  Villes visitées :												
Avez-vous voyagé à l'étranger au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dates du voyage (jj/mm/aaaa) : ___/___/___ à ___/___/___  Pays visités :  Villes visitées :												
Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne atteinte d'une infection COVID-19 suspectée ou confirmée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dates du dernier contact (jj/mm/aaaa) : ___/___/___												
Profession (préciser le lieu/les installations)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Profession</th> <th>Lieu de travail</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professionnel de santé</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Travailler avec les animaux</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Professionnel de laboratoire</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Étudiant</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Profession	Lieu de travail	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé		<input type="checkbox"/> Travailler avec les animaux		<input type="checkbox"/> Professionnel de laboratoire		<input type="checkbox"/> Étudiant		<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
	Profession	Lieu de travail											
	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé												
	<input type="checkbox"/> Travailler avec les animaux												
	<input type="checkbox"/> Professionnel de laboratoire												
	<input type="checkbox"/> Étudiant												
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :													

**Note pour les 2 sections suivantes :**

- Remplissez la section 5 si le contact est un professionnel de la santé.
- Remplissez la section 6 si le contact n'est PAS un professionnel de la santé.

5. Informations relatives à l'exposition (si le contact proche est un professionnel de la santé)
--

Intitulé du poste (précisez)	
Lieu de l'exposition	
Contact physique direct avec le cas confirmé (par exemple, contact physique direct)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le professionnel de santé a-t-il eu un contact prolongé (>15 minutes) avec un cas symptomatique confirmé dans un établissement de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Dans l'affirmative, quel type d'équipement de protection a été utilisé par le responsable des ressources humaines ? <input type="checkbox"/> Robe <input type="checkbox"/> Gants <input type="checkbox"/> Protection des yeux <input type="checkbox"/> Masque chirurgical/médical <input type="checkbox"/> Masque N95 certifié par le NIOSH ou masque FFP2 standard de l'UE <input type="checkbox"/> Masque FFP3
Le professionnel de santé a-t-il eu un contact face à face prolongé (>15 minutes) avec un cas confirmé asymptomatique dans un établissement de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Dans l'affirmative, quel type d'équipement de protection individuelle (EPI) a été utilisé par le responsable des ressources humaines ? <input type="checkbox"/> Robe <input type="checkbox"/> Gants <input type="checkbox"/> Protection des yeux <input type="checkbox"/> Masque chirurgical/médical <input type="checkbox"/> Certifié NIOSH N95, un masque FFP2 standard de l'UE <input type="checkbox"/> Masque FFP3
Le contact était-il présent lors de procédures génératrices d'aérosols ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez la procédure et la date (jj/mm/aaaa) Procédure :     ___/___/___ Procédure :     ___/___/___  Le contact portait-il un masque quelconque lors de cette ou ces procédures ? <input type="checkbox"/> Masque chirurgical/médical <input type="checkbox"/> Certifié NIOSH N95, un masque FFP2 standard de l'UE <input type="checkbox"/> Masque FFP3 <input type="checkbox"/> Aucun

**6. Informations relatives à l'exposition (si le contact proche n'est PAS un professionnel de santé)**

Type de contact	<input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Contact avec sécrétions (gouttelettes, salive, écoulement nasal, sang...) <input type="checkbox"/> Contact physique <input type="checkbox"/> Enterrement/ <input type="checkbox"/> Rassemblement <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
-----------------	---



Préciser les caractéristiques du contact avec le cas confirmé dès le premier contact, alors que le cas primaire était <b>symptomatique</b>  (Ajoutez autant de dates que nécessaire)	Date (jj/mm/aaaa)	__/__/__
	Durée	(procès-verbal)
	Cadre	<input type="checkbox"/> Maison/ménage <input type="checkbox"/> Hôpital/soins de santé <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Groupe de visite <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Préciser les caractéristiques du contact avec le cas confirmé dès le premier contact, alors que le cas primaire était <b>asymptomatique</b>  (Ajoutez autant de dates que nécessaire)	Date (jj/mm/aaaa)	__/__/__
	Durée	(procès-verbal)
	Cadre	<input type="checkbox"/> Maison/ménage <input type="checkbox"/> Hôpital/soins de santé <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Groupe de visite <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

6a. Symptômes du contact	
Le contact a-t-il présenté des symptômes respiratoires (mal de gorge, écoulement nasal, toux, essoufflement) au cours de la période allant de 14 jours <b>avant</b> l'apparition des symptômes dans le cas confirmé jusqu'à aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le contact a-t-il présenté des symptômes respiratoires (mal de gorge, écoulement nasal, toux, essoufflement) au cours des 14 jours <b>suivant</b> le dernier contact ou jusqu'à la date actuelle, selon la première éventualité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Actuellement malade	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date (jj/mm/aaaa) et heure d'apparition des premiers symptômes	__/__/__ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
Fièvre (>38 °C) ou antécédents de fièvre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du __/__/__
Température maximale	°C <input type="checkbox"/> Sans objet (na)
6b. Symptômes respiratoires	
Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du __/__/__
Nez qui coule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du __/__/__
L'essoufflement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du __/__/__

6c. autres symptômes	
Frissons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Nausées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mal de tête	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Rash	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Conjonctivite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mal aux articulations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Saignement de nez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Fatigue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Altération de la conscience	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Autres signes neurologiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Autres symptômes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :

7. Evolution (à compléter uniquement si le contact a été malade ou est actuellement malade)	
Evolution	<input type="checkbox"/> Guérit, si oui, précisez la date de la disparition des symptômes (jj/mm/aaaa) ___/___/___ <input type="checkbox"/> Toujours malade <input type="checkbox"/> Décès, si oui, précisez la date du décès (jj/mm/aaaa) ___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu/perdu de suivi
Une hospitalisation a-t-elle jamais été nécessaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date d'hospitalisation et date de sortie (jj/mm/aaaa) ___/___/___ à ___/___/___
<b>(NB. Si les informations ci-dessous ne sont pas disponibles actuellement, veuillez laisser en blanc et envoyer une mise à jour dès que les résultats sont disponibles)</b>	
En cas de décès, quelle est la contribution du COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> La COVID -19 est la cause de décès <input type="checkbox"/> La COVID -19 a contribué au décès <input type="checkbox"/> Pas de contribution au décès <input type="checkbox"/> Inconnu
En cas de décès, une autopsie a-t-elle été effectuée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Si oui, préciser les résultats	
Si décès, mentionner la cause qui se trouve sur le certificat	

8. Antécédents ou maladies sous-jacentes	
Grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

	Si oui, précisez le trimestre : <input type="checkbox"/> Premier <input type="checkbox"/> Deuxième <input type="checkbox"/> Troisième <input type="checkbox"/> Inconnu
Obésité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
VIH/autre déficience immunitaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Les maladies cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Asthme nécessitant des médicaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie pulmonaire chronique (non asthmatique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie chronique du foie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Trouble hématologique chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie rénale chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Déficience/maladie neurologique chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Récepteur d'organe ou de moelle osseuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Autre(s) condition(s) préexistante(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Commentaires, le cas échéant	

9a. Méthodes et résultats des tests de virologie :							
Remplissez une nouvelle ligne pour chaque échantillon collecté et chaque type de test effectué :							
Numéro d'identification du laboratoire	Date du prélèvement de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Date de réception de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat	Date du résultat (jj/mm/aaaa)	Les échantillons sont envoyés à d'autres laboratoires pour confirmation
	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> Prélèvement nasal <input type="checkbox"/> Prélèvement de gorge <input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Séquençage du génome entier <input type="checkbox"/> Séquençage partiel du génome <input type="checkbox"/> Autre, précisez	<input type="checkbox"/> POSITIF pour COVID-19 <input type="checkbox"/> NEGATIF pour COVID-19 <input type="checkbox"/> POSITIF pour d'autres agents pathogènes Veuillez préciser quels sont les agents pathogènes :	__/__/__	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez la date __/__/__ Si oui, nom du laboratoire : <input type="checkbox"/> Non

9b. Méthodes et résultats des tests sérologiques :							
Remplissez une nouvelle ligne pour chaque échantillon collecté et chaque type de test effectué :							
Numéro d'identification du laboratoire	Date du prélèvement de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Date de réception de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat (titres d'anticorps COVID-19)	Date du résultat (jj/mm/aaaa)	Les échantillons sont envoyés à d'autres laboratoires pour confirmation
	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Précisez le type (ELISA/IFA IgM/IgG, test de neutralisation, etc.) :	<input type="checkbox"/> POSITIF Si le résultat est positif, le titre : <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> INCONCLUSIF	__/__/__	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez la date __/__/__ Si oui, nom du laboratoire : ____ <input type="checkbox"/> Non

### 10. État d'avancement du formulaire

Formulaire complété

- Oui  Non ou partiellement
- Si Non ou partiellement, raison :
- Manqué
- Pas de tentative
- Non réalisé
- Refus
- Autre, précisez :

## Annexe 8 : Fiche de recensement des contacts des cas de maladie à Coronavirus

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET  
DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE



REPUBLIQUE TOGOLAISE  
Travail-Liberté-Patrie

### Fiche de recensement des contacts des cas de maladie à Coronavirus

Région \_\_\_\_\_

District \_\_\_\_\_

Nom et prénom du cas : .....

N° EPID du cas : \_\_\_\_\_

Pays    Région    District    Année    N° du cas

Date de début de la maladie : .....

N°	Nom et prénoms	Age	Sexe	Profession	Résidence		Numéro de téléphone (portable)
					District	Ville/Quartier	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

**Annexes 9 : Fiche de suivi des contacts des cas de maladie à Coronavirus**

**MINISTERE DE LA SANTE ET  
DE L'HYGIENE PUBLIQUE**



**REPUBLIQUE TOGOLAISE  
Travail-Liberté-Patrie**

**Fiche de suivi des contacts des cas de maladie à Coronavirus**

Nom du prestataire....., Adresse (Tél) ....., Ville ....., District .....

Lieu de suivi des contacts : Ville / Village / Quartier \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ Région \_\_\_\_\_

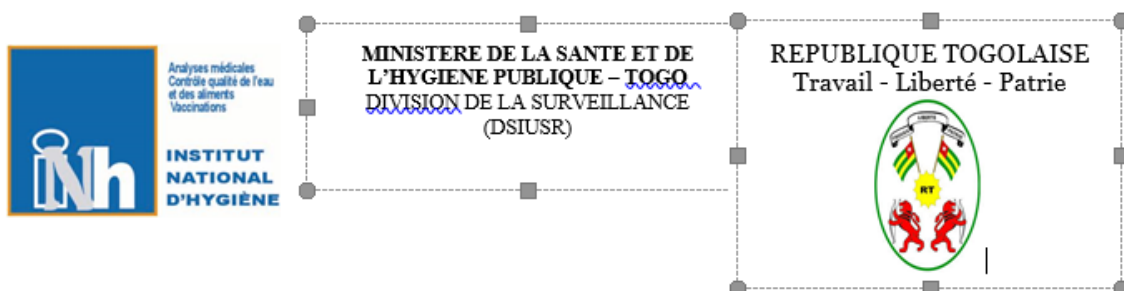
**Instructions :** Cochez « 0 » si le signe est absent, et « X » si le signe est observé sur le contact suivi

Nom et prénom du contact suivi : ..... Nom et prénom du cas : .....

Age : ..... Sexe : ..... Téléphone : ..... Date du dernier contact : ..... Date 1<sup>ère</sup> visite : .....

Jours	Température		Toux	Difficultés respiratoires	Mal de gorge	Ecoulement nasal	Douleurs musculaires / articulaires	Fatigue générale	Issue (malade, décédé, vivant bien portant)
	Matin	Soir							
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

## Annexe 10 : Formulaire de rapport de suivi des contacts des cas COVID-19 confirmés



### Formulaire B2 : Formulaire de rapport de suivi des contacts des cas COVID-19 confirmés

Nom du cas confirmé

--

Numéro d'identification du cas confirmé :

Utilisation officielle Numéro					
Seulement : EPID : _____					
Pays	Région	District	Année	N° du cas	

Numéro d'identification du cas contact :

Utilisation officielle Numéro						
Seulement : EPID : _____						
Pays	Région	District	Année	N° cas confirmé	Numéro contact	

#### 2. Informations sur le notificateur

Nom et prénoms	
Institution	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Date du remplissage du formulaire (jj/mm/aaaa)	__/__/__

#### 2. Informations sur les personnes interrogées (si la personne qui fournit les informations n'est pas le contact)

Prénom	
Nom de famille	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	__/__/__ <input type="checkbox"/> Inconnu
Relation avec le patient	
Adresse du répondant	
Numéro de téléphone (portable)	



3. Coordonnées du contact	
Prénom	
Nom de famille	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu
Lien avec le cas confirmé	
Adresse (village/ville, district, province/région)	
Numéro de téléphone (portable)	
Courriel :	
Mode de contact préféré	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Courriel
Nationalité	
Pays de résidence	

4. Informations générales sur l'exposition		
Avez-vous voyagé dans votre pays au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dates du voyage (jj/mm/aaaa) : ___/___/___ à ___/___/___  Régions visitées :  Villes visitées :	
Avez-vous voyagé à l'étranger au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dates du voyage (jj/mm/aaaa) : ___/___/___ à ___/___/___  Pays visités :  Villes visitées :	
Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne atteinte d'une infection COVID-19 suspectée ou confirmée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dates du dernier contact (jj/mm/aaaa) : ___/___/___	
Profession (préciser le lieu/les installations)	Profession	Lieu de travail
	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé	
	<input type="checkbox"/> Travailler avec les animaux	
	<input type="checkbox"/> Professionnel de laboratoire	
	<input type="checkbox"/> Étudiant	
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

**Note pour les 2 sections suivantes :**

- Remplissez la section 5 si le contact est un professionnel de la santé.
- Remplissez la section 6 si le contact n'est PAS un professionnel de la santé.

5. Informations relatives à l'exposition (si le contact proche est un professionnel de la santé)	
Intitulé du poste (précisez)	
Lieu de l'exposition	
Contact physique direct avec le cas confirmé (par exemple, contact physique direct)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le professionnel de santé a-t-il eu un contact prolongé (>15 minutes) avec un cas symptomatique confirmé dans un établissement de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Dans l'affirmative, quel type d'équipement de protection a été utilisé par le responsable des ressources humaines ? <input type="checkbox"/> Robe <input type="checkbox"/> Gants <input type="checkbox"/> Protection des yeux <input type="checkbox"/> Masque chirurgical/médical <input type="checkbox"/> Masque N95 certifié par le NIOSH ou masque FFP2 standard de l'UE <input type="checkbox"/> Masque FFP3
Le professionnel de santé a-t-il eu un contact face à face prolongé (>15 minutes) avec un cas confirmé asymptomatique dans un établissement de santé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Dans l'affirmative, quel type d'équipement de protection individuelle (EPI) a été utilisé par le responsable des ressources humaines ? <input type="checkbox"/> Robe <input type="checkbox"/> Gants <input type="checkbox"/> Protection des yeux <input type="checkbox"/> Masque chirurgical/médical <input type="checkbox"/> Certifié NIOSH N95, un masque FFP2 standard de l'UE <input type="checkbox"/> Masque FFP3
Le contact était-il présent lors de procédures génératrices d'aérosols ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez la procédure et la date (jj/mm/aaaa) Procédure :     ___/___/___ Procédure :     ___/___/___  Le contact portait-il un masque quelconque lors de cette ou ces procédures ? <input type="checkbox"/> Masque chirurgical/médical <input type="checkbox"/> Certifié NIOSH N95, un masque FFP2 standard de l'UE <input type="checkbox"/> Masque FFP3 <input type="checkbox"/> Aucun

6. Informations relatives à l'exposition (si le contact proche n'est PAS un professionnel de santé)	
Type de contact	<input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Contact avec sécrétions (gouttelettes, salive, écoulement nasal, sang...) <input type="checkbox"/> Contact physique <input type="checkbox"/> Enterrement/ <input type="checkbox"/> Rassemblement <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

Préciser les caractéristiques du contact avec le cas confirmé dès le premier contact, alors que le cas primaire était <b>symptomatique</b>  (Ajoutez autant de dates que nécessaire)	Date (jj/mm/aaaa)	__/__/__
	Durée	(procès-verbal)
	Cadre	<input type="checkbox"/> Maison/ménage <input type="checkbox"/> Hôpital/soins de santé <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Groupe de visite <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Préciser les caractéristiques du contact avec le cas confirmé dès le premier contact, alors que le cas primaire était <b>asymptomatique</b>  (Ajoutez autant de dates que nécessaire)	Date (jj/mm/aaaa)	__/__/__
	Durée	(procès-verbal)
	Cadre	<input type="checkbox"/> Maison/ménage <input type="checkbox"/> Hôpital/soins de santé <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Groupe de visite <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

6a. Symptômes du contact	
Le contact a-t-il présenté des symptômes respiratoires (mal de gorge, écoulement nasal, toux, essoufflement) au cours de la période allant de 14 jours <b>avant</b> l'apparition des symptômes dans le cas confirmé jusqu'à aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le contact a-t-il présenté des symptômes respiratoires (mal de gorge, écoulement nasal, toux, essoufflement) au cours des 14 jours <b>suivant</b> le dernier contact ou jusqu'à la date actuelle, selon la première éventualité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Actuellement malade	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date (jj/mm/aaaa) et heure d'apparition des premiers symptômes	__/__/__ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
Fièvre (>38 °C) ou antécédents de fièvre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du __/__/__
Température maximale	°C <input type="checkbox"/> Sans objet (na)
6b. Symptômes respiratoires	
Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du __/__/__
Nez qui coule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du __/__/__
L'essoufflement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du __/__/__

6c. autres symptômes	
Frissons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Nausées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mal de tête	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Rash	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Conjonctivite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mal aux articulations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Saignement de nez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Fatigue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Altération de la conscience	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Autres signes neurologiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Autres symptômes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :

7. Evolution (à compléter uniquement si le contact a été malade ou est actuellement malade)	
Evolution	<input type="checkbox"/> Guérit, si oui, précisez la date de la disparition des symptômes (jj/mm/aaaa) ___/___/___ <input type="checkbox"/> Toujours malade <input type="checkbox"/> Décès, si oui, précisez la date du décès (jj/mm/aaaa) ___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu/perdu de suivi
Une hospitalisation a-t-elle jamais été nécessaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date d'hospitalisation et date de sortie (jj/mm/aaaa) ___/___/___ à ___/___/___
En cas de décès, quelle est la contribution du COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> La COVID -19 est la cause de décès <input type="checkbox"/> La COVID -19 a contribué au décès <input type="checkbox"/> Pas de contribution au décès <input type="checkbox"/> Inconnu
En cas de décès, une autopsie a-t-elle été effectuée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Si oui, préciser les résultats	
Si décès, mentionner la cause qui se trouve sur le certificat	

8. Antécédents ou maladies sous-jacentes	
Grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez le trimestre : <input type="checkbox"/> Premier <input type="checkbox"/> Deuxième <input type="checkbox"/> Troisième <input type="checkbox"/> Inconnu
Obésité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

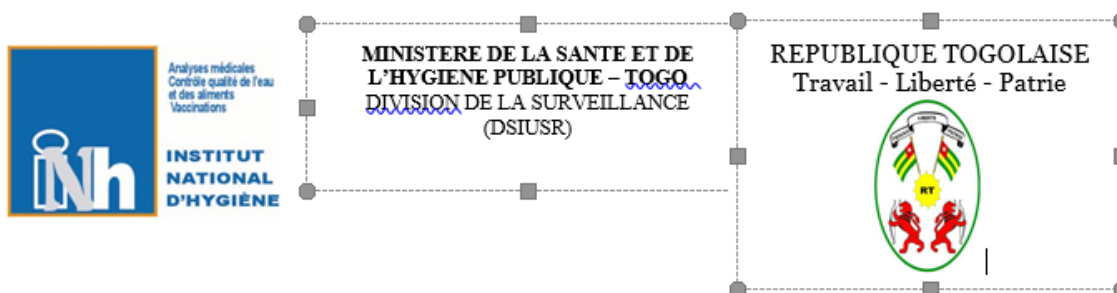
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
VIH/autre déficience immunitaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Les maladies cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Asthme nécessitant des médicaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie pulmonaire chronique (non asthmatique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie chronique du foie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Trouble hématologique chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie rénale chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Déficience/maladie neurologique chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Récepteur d'organe ou de moelle osseuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Autre(s) condition(s) préexistante(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Commentaires, le cas échéant	

9a. Méthodes et résultats des tests de virologie :							
Remplissez une nouvelle ligne pour chaque échantillon collecté et chaque type de test effectué :							
Numéro d'identification du laboratoire	Date du prélèvement de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Date de réception de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat	Date du résultat (jj/mm/aaaa)	Les échantillons sont envoyés à d'autres laboratoires pour confirmation
	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> Prélèvement nasal <input type="checkbox"/> Prélèvement de gorge <input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Séquençage du génome entier <input type="checkbox"/> Séquençage partiel du génome <input type="checkbox"/> Autre, précisez	<input type="checkbox"/> POSITIF pour COVID-19 <input type="checkbox"/> NEGATIF pour COVID-19 <input type="checkbox"/> POSITIF pour d'autres agents pathogènes Veuillez préciser quels sont les agents pathogènes :	__/__/__	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez la date __/__/__ Si oui, nom du laboratoire : <input type="checkbox"/> Non

9b. Méthodes et résultats des tests sérologiques :							
Remplissez une nouvelle ligne pour chaque échantillon collecté et chaque type de test effectué :							
Numéro d'identification du laboratoire	Date du prélèvement de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Date de réception de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat (titres d'anticorps COVID-19)	Date du résultat (jj/mm/aaaa)	Les échantillons sont envoyés à d'autres laboratoires pour confirmation
	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Précisez le type (ELISA/IFA IgM/IgG, test de neutralisation, etc.) :	<input type="checkbox"/> POSITIF Si le résultat est positif, le titre : <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> INCONCLUSIF	__/__/__	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez la date __/__/__ Si oui, nom du laboratoire : ____ <input type="checkbox"/> Non

10. État d'avancement du formulaire	
Formulaire complété	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ou partiellement Si Non ou partiellement, raison : <input type="checkbox"/> Manqué <input type="checkbox"/> Pas de tentative <input type="checkbox"/> Non réalisé <input type="checkbox"/> Refus <input type="checkbox"/> Autre, précisez :

## Annexe 11 : Formulaire de notification pour les cas COVID-19 confirmés



Formulaire A1 : Formulaire de notification pour les cas COVID-19 confirmés

### Numéro d'identification unique du dossier/numéro de regroupement (le cas échéant) :

Utilisation officielle <b>Numéro</b>					
Seulement : EPID : _____ Reçu le : ___/___/___					
Pays	Région	District	Année	N° du cas	

### 3. Situation actuelle

Région \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ Formation sanitaire \_\_\_\_\_  
 Service \_\_\_\_\_  
 Date de consultation (jj/mm/aaaa) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Numéro de Registre \_\_\_\_\_ Date de notification (jj/mm/aaaa) : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Diagnostic de présomption : Cas suspect  Cas probable  Cas confirmé   
 Situation actuelle:  Vivant  Décédé

### 2. Classification supplémentaire des cas

Primaire  Secondaire  Importé

### 3. Informations sur le notificateur

Nom	
Institution	
Numéro de téléphone	
Courriel	
Date du remplissage du formulaire (jj/mm/aaaa)	___/___/___

### 4. Informations sur le répondant (si la personne qui fournit les informations n'est pas le patient)

Prénom	
Nom de famille	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu



Relation avec le patient	
Adresse du répondant	
Numéro de téléphone (portable)	

5. Informations relatives à l'identification du patient	
Prénom	
Nom de famille	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu
Numéro de téléphone (portable)	
Âge (années, mois)	___ ans ___ mois <input type="checkbox"/> Inconnu
Courriel :	
Adresse (District de résidence, Ville, Quartier, village)	
Téléphone	
Pays de résidence	
Nationalité	
Ethnicité (facultatif)	
Centre de santé responsable	
Maternelle/école/collège, le cas échéant	

6. Coordonnées du centre de santé/du médecin traitant	
Nom du centre de soins de santé	
Nom du médecin traitant	
Ce cas fait-il partie d'une épidémie en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Numéro de téléphone	
Fax :	
Adresse	

7a. Symptômes du patient (dès l'apparition des symptômes)	
Date d'apparition des premiers symptômes (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Pas de symptômes <input type="checkbox"/> Inconnu
Fièvre ( $\geq 38$ °C) ou antécédents de fièvre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, indiquez la température maximale : °C
Date de la première visite dans un établissement de santé (y compris les soins traditionnels) (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Sans objet (na) <input type="checkbox"/> Inconnu
Nombre total d'établissements de santé visités à ce jour	<input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Inconnu Précisez :
7b. Symptômes respiratoires	

Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date (jj/mm/aaaa) : __/__/__
Nez qui coule	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Toux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date (jj/mm/aaaa) : __/__/__
L'essoufflement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date (jj/mm/aaaa) : __/__/__

### 7c. Autres symptômes

Frissons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Nausées	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mal de tête	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Rash	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Conjonctivite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Mal aux articulations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Saignement de nez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Fatigue	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Convulsions	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Altération de la conscience	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Autres signes neurologiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Autres symptômes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :

### 8. Complications/Evolution

Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de la première hospitalisation (jj/mm/aaaa)	__/__/__ <input type="checkbox"/> Inconnu
Admission aux soins intensifs (ICU)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Date d'admission à l'ICU (jj/mm/aaaa)	__/__/__ <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de sortie de l'USI (jj/mm/aaaa)	__/__/__ <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> na
Ventilation mécanique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Dates de la ventilation mécanique (jj/mm/aaaa)	Début: __/__/__ Stop : __/__/__ <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> na
Durée de la ventilation (jours)	
Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date de début (jj/mm/aaaa) __/__/__
Insuffisance rénale aiguë	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date de début (jj/mm/aaaa) __/__/__

Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date de début (jj/mm/aaaa) ___/___/___
Coagulopathie de consommation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date de début (jj/mm/aaaa) ___/___/___
Pneumonie par radiographie du thorax	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, date de début (jj/mm/aaaa) ___/___/___
Autres complications	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Hypotension nécessitant des vasopresseurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Oxygénation extracorporelle par membrane (EMO) nécessaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de sortie de l'hôpital (le cas échéant) (jj/mm/aaaa)	___/___/___
Résultat	<input type="checkbox"/> Vivant <input type="checkbox"/> Mort <input type="checkbox"/> na <input type="checkbox"/> Inconnu
Résultat actuel à la date (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> na
Evolution finale	<input type="checkbox"/> Guérit <input type="checkbox"/> Décédé (Date : ___/___/___) <input type="checkbox"/> Inconnu

9. Antécédents ou maladies sous-jacentes	
Grossesse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez le trimestre : <input type="checkbox"/> Premier <input type="checkbox"/> Deuxième <input type="checkbox"/> Troisième <input type="checkbox"/> Inconnu
Obésité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
VIH/autre déficience immunitaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Les maladies cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Asthme (nécessitant des médicaments)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie pulmonaire chronique (non asthmatique)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie chronique du foie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Trouble hématologique chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Maladie rénale chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Déficience/maladie neurologique chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Récepteur d'organe ou de moelle osseuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Autre(s) condition(s) préexistante(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :

10. Interactions entre les soins de santé	
Contact avec le numéro d'urgence/la ligne d'assistance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Date de la prise de contact en cas d'urgence (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu
Visite aux soins de santé primaires (SSP, médecin généraliste, etc.) (à répéter pour autant de visites que	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

nécessaire)	
Date du premier contact avec le SSP (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> na
Visite du service d'urgence (à répéter pour autant de contacts que nécessaire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Date du premier contact avec le service d'urgence (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> na
Hospitalisation (à répéter pour autant d'admissions que nécessaire)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Date d'admission à l'hôpital (jj/mm/aaaa)	___/___/___ <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> na
Nom et lieu de l'hôpital	

### 11. Expositions humaines dans les jours précédant l'apparition des symptômes (dans les 14 derniers jours)

Avez-vous voyagé dans votre pays au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dates du voyage (jj/mm/aaaa) : ___/___/___ à ___/___/___  Régions visitées :  Villes visitées :
Avez-vous voyagé à l'étranger au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dates du voyage (jj/mm/aaaa) : ___/___/___ à ___/___/___  Pays visités :  Villes visitées :
Au cours des 14 derniers jours, avez-vous été en contact avec une personne atteinte d'une infection COVID-19 suspectée ou confirmée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, dates du dernier contact (jj/mm/aaaa) : ___/___/___
Le patient a assisté à un festival ou à un rassemblement de masse au cours des 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Patient exposé à une personne souffrant d'une maladie similaire au cours des 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
Lieu d'exposition au cours des 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> Accueil <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Lieu de travail <input type="checkbox"/> Groupe de visite <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Le patient s'est rendu ou a été hospitalisé dans un établissement de santé au cours des 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :
Le patient s'est rendu dans un établissement de soins ambulatoires au cours des 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez :

Le patient a consulté un guérisseur traditionnel au cours des 14 derniers jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu Si oui, précisez le type :	
Profession du patient (préciser le lieu/l'établissement)	<b>Profession</b>	<b>Lieu de travail</b>
	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé	
	<input type="checkbox"/> Travailler avec les animaux	
	<input type="checkbox"/> Professionnel de laboratoire	
	<input type="checkbox"/> Étudiant	
	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

12a. Méthodes et résultats des tests moléculaires :							
Remplissez une nouvelle ligne pour chaque échantillon collecté et chaque type de test effectué :							
Numéro d'identification du laboratoire	Date du prélèvement de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Date de réception de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat	Date du résultat (jj/mm/aaaa)	Les échantillons sont envoyés à d'autres laboratoires pour confirmation
	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> Prélèvement nasal <input type="checkbox"/> Prélèvement de gorge <input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Séquençage du génome entier <input type="checkbox"/> Séquençage partiel du génome <input type="checkbox"/> Autre, précisez	<input type="checkbox"/> POSITIF pour COVID-19 <input type="checkbox"/> NEGATIF pour COVID-19 <input type="checkbox"/> POSITIF pour d'autres agents pathogènes Veuillez préciser quels sont les agents pathogènes :	__/__/__	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez la date __/__/__ Si oui, nom du laboratoire : ____ <input type="checkbox"/> Non

12b. Méthodes et résultats des tests sérologiques :							
Remplissez une nouvelle ligne pour chaque échantillon collecté et chaque type de test effectué :							
Numéro d'identification du laboratoire	Date du prélèvement de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Date de réception de l'échantillon (jj/mm/aaaa)	Type d'échantillon	Type de test	Résultat (titres d'anticorps COVID-19)	Date du résultat (jj/mm/aaaa)	Les échantillons sont envoyés à d'autres laboratoires pour confirmation
	__/__/__	__/__/__	<input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	Précisez le type (ELISA/IFA IgM/IgG, test de neutralisation, etc.) :	<input type="checkbox"/> POSITIF Si le résultat est positif, le titre : <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> INCONCLUSIF	__/__/__	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez la date __/__/__ Si oui, nom du laboratoire : ____ <input type="checkbox"/> Non

### 13. État d'avancement du formulaire

Formulaire complété

Oui  Non ou partiellement

Si Non ou partiellement, raison :

Manqué

Pas de tentative

Non réalisé

Refus

Autre, précisez :

## **Annexe 12 : EPI approprié aux actes**

### **1. Prise en charge des patients suspects ou confirmés en hospitalisation COVID-19 :**

#### **A. SALLE DU PATIENT**

- 1. Les patients :** masque
- 2. Prestataires de soins qui vont donner les soins au patient :** EPI complet
- 3. Hygiéniste qui entre dans la salle d'un patient COVID-19 :** EPI complet

#### **B. Triage :**

- 1. Personnel de soin lors du dépistage préliminaire sans contact direct :** distance d'un mètre et masque
- 2. Patients avec symptômes respiratoires :** masque
- 3. Patients sans symptômes respiratoires :** masque

#### **C. Laboratoire:**

**Le technicien de laboratoire lors de la manipulation des échantillons respiratoires:** EPI complet

**D. Espaces administratifs:** masque

### **2. Consultation externe:**

#### **. Salle de consultation:**

**1. Prestataire de soins examinant les patients présentant les symptômes respiratoires:**

Masque médical, blouse, gants, protection des yeux

**2. Prestataire de soins examinant patients sans symptômes respiratoires:** Masque médical, blouse, gants, protection des yeux

**3. Patients avec symptômes respiratoires:** masque

**4. Patients sans symptômes respiratoires:** masque

**5. Hygiénistes pendant et après consultations des patients avec symptômes respiratoires:** masque médical, blouse, gants de ménage, protection des yeux, bottes ou chaussures fermées

#### **B. Salle d'attente:**



1. **Patients avec symptômes respiratoires:** masque

2. **Patients sans symptômes respiratoires:** masque

C. **Milieus administratifs:** masque

**D. Triage:**

1. **Prestataires de soins lors dépistage sans contact:** 1m distance et masque

2. **Patients avec symptômes respiratoires:** masque

3. **Patients sans symptômes respiratoires:** masque

Communauté

**A. A domicile :**

1. **Patients avec symptômes respiratoires :** masque et distance d'1m

2. **Aide-soignant en entrant dans la chambre du patient sans prodiguer les soins :**  
EPI complet

3. **Aide-soignant en entrant dans la chambre du patient pour prodiguer les soins  
ou pour nettoyer, débarrasser les selles, urines... :** EPI complet

4. **Prestataire de soins donnant les soins :** EPI complet

**B. Lieux publics (écoles, super marchés, station de train, etc.)**

individus sans symptômes respiratoires: masque

Points d'entrée

**A. Espaces administratives :** masque

**B. Endroit de dépistage :**

1. **Staff pour le premier dépistage sans contact** (prise de température): masque et  
1m de distance

2. **Staff pour le second dépistage avec interview et symptômes suggestifs du  
COVID-19 :** masque médical, gants

3. **Hygiénistes lors du nettoyage :** masque médical, blouse, gants de ménage,  
protection des yeux, bottes ou chaussures closes

**C. Isolement temporaire :**

1. **Personnel en entrant dans l'isolement sans donner les soins :** masque médical,  
gants

2. **Personnel en assistant le passager pour son transport à la structure sanitaire :**  
EPI complet

3. **Hygiénistes lors du nettoyage de la salle d'isolement :** EPI complet

**D. Ambulance ou véhicule de transfert :**

1. **Prestataire de soins lors du transport du cas suspect :** EPI complet

2. **Chauffeur :**

Si ne fait que conduire : masque (distance d'1m)

S'il aide à faire monter le patient dans le véhicule : EPI complet

Pas de contact direct mais pas de séparation de compartiment entre celui du chauffeur et celui du cas suspect : EPI complet

3. **cas suspect :** masque

4. **hygiéniste (nettoyage) :** EPI complet

1. **interview avec patients ou contacts** (téléphone ou vidéo conférence) pas de EPI

2. **Interview direct avec cas suspect ou confirmé sans contact direct :** masque médical (distance d'1 m). Le patient aussi devra porter un masque médical

4. **Interview direct d'un patient non symptomatique :** masque et distance d'1m)

### Annexe 13 : Préparation de la solution de désinfection

Teneur en chlore dans l'eau de Javel		Part en eau pour une partie de javel : solution à 0,5% de chlore actif	Part en eau pour une partie de javel : solution à 0,05% de chlore actif
Degré d'eau de Javel (°)	% de Chlore (1° Ch = 0,3%)		
1,6	0,48		8,6
8	2,4	3,8	47
12	3,6	6,2	71
15	4,5	8	89
16	4,8	8,6	95
18	5,4	9,8	107
24	7,2	13,4	143

<b>28</b>	8,4	15,8	167
<b>48</b>	14,4	27,8	287
	0,5	0	9
<b>Domaine d'utilisation de la solution</b>		Désinfection des déchets avant incinération	Désinfection des mains et de la peau
		Désinfection des surfaces	Désinfection des linges et matériels
		Désinfection des objets souillés	

**NB :** Renouveler la solution chlorée préparée après 24 heures

## SOURCES:

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Consignes provisoires pour la collecte, le transport, l'analyse et la soumission d'échantillons prélevés sur des patients suspectés d'avoir contracté la maladie à virus Ebola [cité le 20 septembre 2014]. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/ebola-lab-guidance.pdf> ;
2. Organisation mondiale de la Santé. Prévention et contrôle de l'infection pour les soins aux cas suspects ou confirmés de fièvre hémorragique à filovirus dans les établissements de santé, avec un accent particulier sur le virus Ebola en 2014 [mis à jour en septembre 2014 ; cité le 25 septembre 2014]. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130596/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2014.4\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130596/1/WHO_HIS_SDS_2014.4_eng.pdf?ua=1&ua=1) ;
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Consignes provisoires des États-Unis pour le suivi et le déplacement des personnes ayant été exposées au virus Ebola en 2014 [mis à jour le 3 novembre 2014 ; cité le 15 septembre 2014]. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/monitoring-and-movement-of-persons-with-exposure.html> ;
4. Organisation mondiale de la Santé. Feuille de route pour la riposte au virus Ebola 2014 [mis à jour le 28 août 2014 ; cité le 15 septembre 2014]. Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131596/1/EbolaResponseRoadmap.pdf?ua=1> ;
5. Organisation mondiale de la Santé. Recherche des contacts pendant une flambée de maladie à virus Ebola 2014 [mis à jour septembre 2014 ; cité le 21 octobre 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/contact-tracing/en/> ;
6. Méthodes utilisées par le CDC pour la mise en œuvre et la gestion de la recherche des contacts pour la maladie à virus Ebola dans les pays les moins touchés, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) décembre 2014. ;
7. Investigations épidémiologiques et cliniques précoces du COVID-19 pour la réponse en santé publique ;
8. Conduite à tenir en matière de lutte anti-infectieuse pour la prise en charge sécurisée du corps d'une personne décédée dans le contexte de la COVID-19 ; Orientations provisoires 24 mars 2020 ;
9. Surveillance mondiale de la COVID-19 due à une infection humaine par le nouveau coronavirus 2019 ; Orientations provisoires 20 mars 2020 ;
10. Prise en charge des voyageurs malades aux points d'entrée – aéroports, ports maritimes et postes-frontières internationaux – dans le contexte de la flambée de COVID-19 ; Orientations provisoires 16 février 2020 ;
11. Lutte anti-infectieuse lors de la prise en charge des patients chez lesquels on suspecte une infection par un nouveau coronavirus (nCoV) ; Orientations provisoires 25 janvier 2020 ;
12. République Togolaise. COVID-19 - COVID 19 [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://covid19.gouv.tg/>;
13. Organisation Mondiale de la Santé. Situation des flambées de maladie à coronavirus (COVID-19) [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>;

14. OMS. WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.3-eng.pdf [Internet]. 2020 [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330857/WHO-2019-nCoV-SurveillanceGuidance-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>