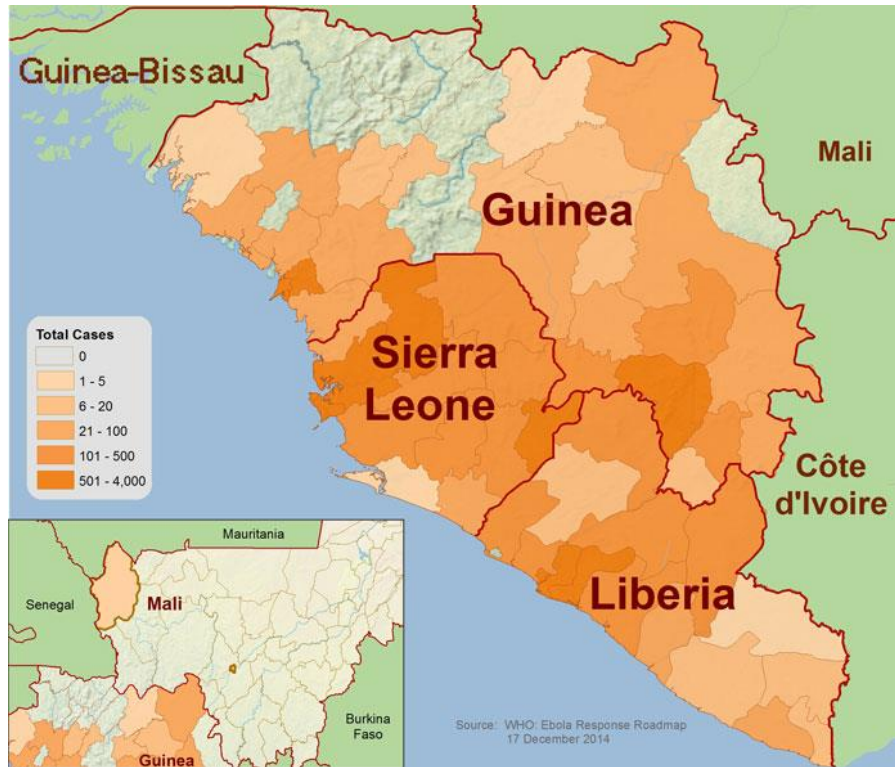


1) Waren Sie in den letzten 3 Wochen in Westafrika? (Mali, Guinea, Sierra Leone, Liberia)



Quelle: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/distribution-map.html>

2) Wenn Ja: Haben Sie Fieber, Übelkeit, Durchfall, Gliederschmerzen?

3) Wenn Ja:

➔ Bitte hier hinsetzen ➔

➔ Bitte Fragebogen ausfüllen!

➔ Bitte hier warten!

Anamnesehilfe für die ambulante, stationäre oder notfallmäßige Krankenversorgung



Fragebogen zu Ebola – nach Rückkehr aus Westafrika




Questionnaire on Ebola for travellers returning from West Africa




Questionnaire sur Ebola pour les voyageurs d'Afrique de l'Ouest

Informationen zum Befragten	
Vorname / first name / prénom:	Nachname / last name / nom de famille:
Adresse in Deutschland / Adress in Germany / Adresse en Allemagne	
Straße/Hausnr. / street name and number / nom et numéro de rue:	PLZ/Stadt / postal code/city / code postal/ville:
Telefon / phone number / numéro de téléphone:	E-Mail / email / email:
Aufenthaltsdauer in Westafrika / duration of stay in West Africa / durée du séjour en Afrique de l'Ouest von – bis / from – to / du - au:	

	2. Informationen zum Verhalten während des Aufenthalts und in den letzten 21 Tagen	Ja	Nein
1	Haben/Hatten Sie Fieber >38,5°C oder erhöhte Temperatur mit Begleitsymptomen, wie Durchfall, Übelkeit, Erbrechen oder Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hatten Sie engen/direkten Kontakt zu kranken Personen und/oder deren Körperflüssigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Waren Sie in einer medizinischen Einrichtung zu Besuch oder zur Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Hatten Sie beruflichen Kontakt mit Ebolaviren, erregerehaltigem Material oder infizierten Tieren in medizinischen Einrichtungen oder Laboren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Haben Sie an einer Beerdigung teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hatten Sie direkten Kontakt zu Leichnamen und/oder deren Körperflüssigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Hatten Sie direkten Kontakt zu lebenden und/oder toten Wildtieren (wie z.B. Flughunde, Affen) oder deren Ausscheidungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Haben Sie „Buschfleisch“ verzehrt oder zubereitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Haben Sie vor und/oder während ihrer Reise eine Malariaprophylaxe durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Haben Sie sich regelmäßig die Hände mit Seife gewaschen und/oder desinfiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Haben Sie sich in den letzten 3 Wochen in Höhlen oder Minen aufgehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Hatten Sie im Reisegebiet ungeschützten Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Wurde bei Ihnen vor Abflug Fieber gemessen bzw. gab es besondere Vorkommnisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 2. Informations sur le comportement d'une personne et durant le séjour et les derniers 21 jours	Oui	Non		
1	Avez-vous présenté une fièvre supérieure à 38°C ou une température plus élevée avec des symptômes associés comme la diarrhée, la nausée, vomissements ou des hémorragies (saignements)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous eu des contacts directs avec des malades ou leurs fluides corporels?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous été dans un hôpital en visite ou pour un traitement?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous eu des contacts directs avec le virus Ebola pendant le travail avec des échantillons de laboratoire ou avec des animaux infectés?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Avez-vous participé à une cérémonie de funérailles?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous touché à une personne morte ou leurs fluides corporels?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Avez-vous eu des contacts avec des animaux, comme les chauves-souris ou les singes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Avez-vous préparé ou mangé de la "viande de brousse" (gibier, singe)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Avez-vous eu une prophylaxie contre le paludisme/malaria?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Avez-vous régulièrement lavé les mains avec de l'eau et du savon ou désinfecté les mains?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Avez-vous été dans des grottes ou des mines?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Avez-vous eu des rapports sexuels non protégés pendant votre voyage?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Est-ce qu'on a pris votre température à l'aéroport ? Est-ce qu'il y a eu des incidents spéciaux?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 2. Information on behaviour during travels and within the last 21 days	Yes	No		
1	Did/Do you have a fever >38.5°C (101,3°F) or increased temperature with accompanying symptoms, such as diarrhoea, nausea, vomiting or haemorrhages?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Did you have direct contact to sick persons and/or their body fluids?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you been to a health care setting visiting someone or receiving treatment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Did you have direct contact to Ebolavirus during working with laboratory specimen or infected animals in health care settings or laboratories?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Did you attend a funeral?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Did you have any contact with the deceased and/or their body fluids?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Did you have any contact to wildlife, alive and/or dead, during your travels, such as bats or apes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Did you prepare or eat bush meat?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Did you take Malaria prophylaxis?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Did you regularly wash your hands with soap and water or disinfect them?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Have you been in caves or mines?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Did you have unprotected sex during your travels?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Have you had your temperature measured before flying or any other procedures?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>