

Formulaire
Form 9

Compte-rendu d'investigation sur un cas

Case Investigation Report

Date de l'investigation Date of investigation	____/____/____(JJ/MM/AAAA) ____/____/____(YYYY/MM/DD) Heure: Time:	Nom de l'organisme de rattachement de l'investigation Name of investigation organization	
Nom du chercheur Name of investigator		Numéro de téléphone du chercheur Contact number of Investigator	
Etablissement médical effectuant le compte-rendu Reporting medical institution		Date du compte-rendu Date of report Numéro de téléphone de l'établissement médical effectuant le compte-rendu Contact number of reporting medical institution	____/____/____(JJ/MM/AAA) ____/____/____(YYYY/M/DD)

1. Informations personnelles / Personal Information		Saisissez les informations personnelles de la personne faisant l'objet de cette enquête et remplissez les champs suivants. / Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank.	
1.1 Nom Name		1.2 Nationalité (mentionnée sur le passeport) Nationality (based on the passport)	
1.3 Date de naissance Date of birth	(Pour les ressortissants étrangers, veuillez saisir le numéro de passeport) (For foreign nationals, enter passport number)	1.3 Sexe et âge Gender and age	<input type="radio"/> Homme Male <input type="radio"/> Femme Female (Age)
1.4 Profession Occupation		1.5 Numéro de téléphone Contact number	
1.6 Lieu de travail (Ecole) Name of workplace(School)		1.7 Numéro de téléphone sur le lieu de travail (à l'école) Contact number (guardian)	
1.8 Adresse Address	Adresse (identique à celle de la carte de résident) : Address (as shown on the resident registration card):		

	Adresse actuelle : Current address:
--	--

2. Symptômes / Current illness		Sélectionnez tous les signes et symptômes cliniques pertinents qui se sont manifestés depuis le début de la maladie jusqu'au moment de l'investigation. /Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation	
2.1 Symptômes initiaux et date des premiers symptômes Initial symptoms and date of onset 2.2 Signes cliniques et symptômes actuels (Saisissez toutes les situations pertinentes) Current signs and symptoms (Choose all relevant condition)	Date des premiers symptômes: ____/____/____(JJ/MM/AAAA) /Symptômes: Onset Date of initial symptoms: ____/____/____(YYYY/MM/DD) / symptoms:		
	<input type="checkbox"/> Symptômes généraux General symptoms	<input type="checkbox"/> Fièvre /Fever (°C) <input type="checkbox"/> Frissons /Chills <input type="checkbox"/> Suées /Sweats <input type="checkbox"/> Maux de gorge /Sore throat <input type="checkbox"/> Toux /Cough <input type="checkbox"/> Lymphadénopathie /Lymphadenopathy (<input type="checkbox"/> Cervical /Cervical <input type="checkbox"/> Axillaire /Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal / Inguinal <input type="checkbox"/> Autres /Other) <input type="checkbox"/> Céphalées /Headache <input type="checkbox"/> Douleurs musculaires (Myalgie) /Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Maux de dos /Back pain <input type="checkbox"/> Asthénie (faiblesse musculaire) /Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> Démangeaisons /Itchiness <input type="checkbox"/> Kératite/Conjonctivite Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausée et vomissements /Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Autres /Other ()	
		Date	Début des symptômes /Onset of symptom: ____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: / ____/____/____(JJ/MM/AAAA) Heure:
		Étape /Stage	<input type="checkbox"/> Macules /Macules <input type="checkbox"/> Papules / Papules <input type="checkbox"/> Vésicules /Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules / Pustules <input type="checkbox"/> Croûtes /Scabs
	<input type="checkbox"/> Lésions cutanées (érythèmes) /Skin Lesions (rashes)	Zones / Area	<input type="checkbox"/> Visage /Face <input type="checkbox"/> Buste /Trunk <input type="checkbox"/> Membres /Limbs <input type="checkbox"/> Paume des mains /Palms of hands <input type="checkbox"/> Paumes de pieds /Soles of the feet <input type="checkbox"/> Parties génitales /genitals <input type="checkbox"/> Anale /anal <input type="checkbox"/> Autres /Other () Première zone d'apparition des lésions: (), zone étendue à () first area of lesion: (), area spread ()
	Caractéristique /Characteristic	<input type="checkbox"/> Douleur /Pain <input type="checkbox"/> Démangeaisons /Itchiness <input type="checkbox"/> Les lésions sont au même stade de développement sur le corps /The lesions are in the same state of development on the body. <input type="checkbox"/> Toutes les lésions font la même taille /All of the lesions are the same size. <input type="checkbox"/> Les lésions sont importantes et profondes /The lesions are deep and profound.	

2.3 Descriptions des symptômes dans l'ordre d'apparition /Description of symptoms in order	① Symptôme Symptom (), Date de d'apparition Date of onset () ② Symptom (), Date of onset () ③ Symptom (), Date of onset ()			
2.4 Antécédents de traitements médicaux (au cours des 6 derniers mois) / Medication history (within the past 6 months)	<input type="radio"/> Oui /Yes (☞ Nom du médicament /Name of medication: Date de début /Start/ de fin de traitement /End Date:) (Raisons justifiant la prise du traitement /Reasons for taking the medication:) <input type="radio"/> Non /No			
2.5 Statut du malade /Donnée de visite en établissement médical (dans les 3 semaines précédentes) Case status/ Record of visit to medical institution (within the past 3 weeks)	2.5.1 Statut du malade /Case status	<input type="radio"/> Vivant /Alive <input type="radio"/> Décédé /Died ☞ Les questions suivantes ne sont à compléter que si le statut du malade est 'décédé' /the following questions should only be asked if the case reports 'Died'.		
		Date du décès /Date of death: _____/____/__(YYYY/MM/DD)	Lieu du décès /Place of Death: <input type="radio"/> Etablissement médical /Medical institution <input type="radio"/> Lieu de résidence /Place of residence <input type="radio"/> Autres /Other()	
	2.5.2 Visite dans un établissement de santé /Visit to medical institution	<input type="radio"/> Oui Yes <input type="radio"/> Non No ☞ les questions suivantes ne sont à compléter que si le statut du malade est 'décédé' /the following questions should only be asked if the case reports 'yes'		
	Type de visite /Type of visit(+)	Nom de l'établissement de santé /Name of medical institution	Date/Période Date/Period	Admission en soins intensifs /ICU Admission
	<input type="radio"/> Ambulatoire /Outpatient service <input type="radio"/> Urgence /Emergency room <input type="radio"/> Hospitalisation /Inpatient		~	<input type="radio"/> Oui Yes <input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient		~	<input type="radio"/> Oui Yes <input type="radio"/> No	
2.6 Antécédents de vaccination contre la variole /History of smallpox vaccination	<input type="radio"/> Oui /Yes (☞ Date de la vaccination /Date of vaccination:) <input type="radio"/> Non /No <input type="radio"/> Inconnu /Unknown			

2.7 Pathologies sous-jacentes /Underlying disease	<input type="radio"/> Oui /Yes (→ Spécifier /Specify: _____) <input type="radio"/> Non /No
2.8 État immunodéprimé (Inné ou acquis) /Immunocompromising condition (innate or acquired)	<input type="radio"/> Oui /Yes (Date du diagnostic initial /Date of initial diagnosis: ____/____/____(YYYY/MM/DD), Nom de la pathologie /name of disorder: _____) <input type="radio"/> Aucun /None <input type="radio"/> Inconnu /Unknown
2.9 Grossesse en cours /Pregnancy status	<input type="radio"/> Oui /Yes <input type="radio"/> Non /No (Si oui, âge gestationnel: ____ semaines /Date estimée de l'accouchement ____/____/____(JJ/MM/AAAA) If yes, gestational age: ____ weeks /Estimated date of delivery: ____/____/____(YYYY/MM/DD)
2.10 Diagnostique différentiel /Differential diagnosis	Si un diagnostic différentiel a été posé ou des tests subis, précisez: _____ (par exemple, varicelle, zona, rougeole, gale, syphilis, paludisme, etc.) If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on)

3. Historique des voyages /Travel history	<input type="checkbox"/> Sélectionnez et complétez tous les voyages pertinents dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes /Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset				
3.1 Historique des voyages (dans les 21 jours précédants) /Travel history (within the past 21 days)	<input type="checkbox"/> Oui (Si oui, veuillez compléter toutes les questions de la section 3. Historique des voyages) /Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history) <input type="checkbox"/> Aucun (Passez directement à la section 4. Exposition aux risques) /None (Move to Section 4. Risk Exposure)				
3.2 Informations relatives à l'entrée ou la sortie du territoire (de Corée du Sud) /Immigration information (to and from South Korea)	Date de départ (de Corée du Sud) /Date of Departure (from South Korea)	____/____/____(YYYY/MM/DD)			
	Date d'arrivée (en Corée du Sud) /Date of Arrival (To South Korea)	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time			
	Modes de transport /Modes of transportation	<input type="checkbox"/> Avion (Numéro du vol: Compagnie aérienne: Sièges:) / Air (Flight number: Airline: Seat number:) <input type="checkbox"/> Bateau (Immatriculation: Nom de la compagnie: Lieu dans lequel vous avez séjourné le plus longtemps:) Vessel/ship (Ship number: Name of company:) Location where most time you remained:)			
3.3 Pays ou villes visitées /Période Visited Countries or cities /period of visit	Pays /Countries	Villes /Cities	Date	Transit dans un aéroport	Était-ce un lieu endémique ou non endémique à la variole du singe?

				rt / Airport transit	Was it monkeypox endemic or non- endemic county?
			~	<input type="radio"/> Oui Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Oui Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
3.4 Personnes accompagnatrices/ Accompanying persons	<input type="radio"/> Voyage seul /visite Solo travel/visit <input type="radio"/> Accompagnement de deux personnes ou plus /Accompanying two or more persons (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:) (membres de la famille, collègues de travail, etc. ; nombre d'accompagnants:)				
3.5 Raison du séjour /Purpose of Visit	<input type="radio"/> Visite à des amis/social/loisirs Fellowship/social/hobbies <input type="radio"/> Voyage/Tourisme Travel/tourism <input type="radio"/> Voyage d'affaires/ Business <input type="radio"/> Mission Missionary activities <input type="radio"/> Volontariat médical et emplois d'aide à la personne /Medical volunteering and relief activities <input type="radio"/> Travail/Lieu de résidence Work/Residence <input type="radio"/> Autres Other ()				

4. Exposition aux risques /Risk Exposure	☞ Sélectionnez les critères pertinents d'exposition aux risques dans les 21 jours précédant les premiers symptômes /choose any relevant history of risk exposure within 21 days prior to symptom onset	
4.1 Antécédents de contact avec un cas suspect ou confirmé de variole du singe /History of contact to suspected or confirmed monkeypox case	Avez-vous des contacts connus avec un cas suspect ou confirmé de variole du singe? /Do you have any known contact with suspected or confirmed monkeypox case? <input type="radio"/> Oui Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown	
	☞ Si oui /If yes,	Lien de parenté /Relationship: Date et horaire du contact /Date and time of contact: Lieu dans lequel le contact s'est produit /Location of contact: Type d'exposition /Exposure setting: <input type="radio"/> Au sein du foyer/ household contact <input type="radio"/> Un séjour au même endroit /a stay in the same place <input type="radio"/> Contact physique /physical contact <input type="radio"/> Autres Other ()

<p>4.2 Toute expérience connue dans un environnement à risque /Any known experience of risk environment</p>	<p>☞Specify below</p>		
	<p>Détails de l'exposition /Details of exposure</p>	<p>Lieu / Région Place/a rea</p>	<p>Date et horaire Date and time</p>
	<p><input type="checkbox"/>Participation à un évènement de grande envergure /Participation in large events</p>		
	<p><input type="checkbox"/>Exposition en laboratoire (dans le cadre du travail ou lors d'une visite) /Laboratory exposures (work or temporary visit)</p>		
	<p><input type="checkbox"/>Manipulation d'échantillons (y compris le prélèvement et le transport) /Specimens handling(incl. collection, transport)</p>		
	<p><input type="checkbox"/> Autres Other ()</p>		
<p>4.3 Contact avec un animal /Animal exposure</p>	<p>Avez-vous déjà été en contact avec du bétail ou des animaux sauvages? /Have you ever had a contact with livestock or wild animals? <input type="radio"/>Yes <input type="radio"/>No <input type="radio"/>Unknown</p>		
	<p>☞Si oui /If yes,</p>	<p>Animal (préciser) /Animal (specific): Date du contact /Date of contact: Lieu du contact /Place of contact: Origine du contact /Source of contact: <input type="checkbox"/>Petit animal (rongeur, etc.) /Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/>Carcasse d'animal sauvage /Wild animal carcass <input type="checkbox"/>Animal sauvage /Wild animal <input type="checkbox"/>Other ()</p>	
<p>4.4 Contact sexuel (dans les 3 semaines précédentes) /Sexual contact (within the last 3 weeks)</p>	<p>Avez-vous eu un contact sexuel dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes? Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset?</p>		<p><input type="radio"/>Oui /Yes <input type="radio"/>Non /No <input type="radio"/>Ne sait pas /Unknown <input type="radio"/>Refus de répondre /Refuse to respond</p>
	<p>☞If yes,</p>	<p>Nombre de partenaires /Number of partners: <input type="radio"/>1 <input type="radio"/>2 ou plus /or more <input type="radio"/>Refus de répondre /Refuse to respond Lien avec le/la partenaire /Relationship with partner(s): <input type="radio"/>Conjoint /Spouse <input type="radio"/>Connaissance /Acquaintances <input type="radio"/>Rencontre récente /by chance <input type="radio"/>Refus de répondre /Refuse to respond</p>	
<p>4.5 Historique des transfusions et dons de sang /Blood</p>	<p>Avez-vous donné du sang ou reçu une transfusion sanguine dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes? /Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset?</p>		

transfusion donation history	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
	<input type="checkbox"/> If yes,	<input type="checkbox"/> Don /Donated Lieu /Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> Transfusion /Received Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD)
4.6 Autres suspicions d'exposition à la maladie /Other suspected exposures	Préciser /Specify	

5. Classification et prise en charge des cas /Case classification and Management	Sélectionnez ou complétez les éléments pertinents /Choose or fill out any relevant items	
5.1 Date de la réception de la notification /Date of notification received	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time:	
5.2 Résultat de la classification des cas /Outcome of case classification	Liens épidémiologiques /Epidemiological links	<input type="radio"/> Oui (voyage dans des pays foyer de l'épidémie ou concernés par des cas d'exposition) /Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> Non (aucun antécédent de voyage dans un pays concerné par l'épidémie) /No (no history of visit to an outbreak country)
	Signes et symptômes cliniques /Clinical signs and symptoms	<input type="radio"/> Réponse positive à la définition de cas suspects ou confirmés /Meet the suspected or confirmed case definition <input type="radio"/> Réponse négative à la définition de cas suspects ou confirmés /Fail to meet the suspected or confirmed case definitions
	Résultat de la classification du cas /Outcome of case classification	<input type="radio"/> Suspicion de cas positif /Suspected case <input type="radio"/> Cas négatif /Not a case

<Remarque sur la classification des cas> <Note on case classification> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> ★ Admission en isolement et tests /Admitted in the isolated ward and subject to testing </div>	Classification / Classification		Signes et symptômes cliniques de la variole du singe /Monkeypox clinical signs and symptoms <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Réponse positive aux critères cliniques /Meet clinical criteria</div> <div>Réponse négative aux critères cliniques (symptômes atypiques) /Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms)</div> </div>	
	Liens épidémiologiques (Niveau de risque) /Epidemiological links (Risk level)	Présence /Presence	Cas suspecté /Suspected case	Non adapté /Not applicable
		Absence /Absence	Not applicable	Not applicable
※Le cas est considéré comme potentiellement positif lors du diagnostic par des professionnels de la santé en maladies infectieuses, proctologie, urologie et dermatologie, même si un cas de variole du singe n'a aucun lien épidémiologique. Cependant, le cas doit être confirmé une nouvelle fois par des recherches épidémiologiques menées par les gouvernements régionaux et les centres régionaux de contrôle et de prévention des maladies afin de déterminer si le cas est positif selon les critères d'enquête sur les cas, y compris les liens épidémiologiques et le diagnostic exclusif. /The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis.				
5.3 Transfert de patient /Patient transfer	Transfert de patient /Patient transfer	<input type="radio"/> Transfert /Transfer <input type="radio"/> NON nécessaire (lorsque l'établissement médical possède des lits en unités isolées) /NOT necessary (because the medical institution has isolation bed units)) <input type="radio"/> NON concerné (le cas est négatif) /NOT eligible(not a case)		
	Moyen de transport /Means of transport	<input type="radio"/> Etablissement public de santé /Public Health Center <input type="radio"/> Poste de quarantaine /Quarantine Station <input type="radio"/> 112 Ambulance /119 Ambulance <input type="radio"/> Autres Other: _____		
5.4 Quarantaine /Quarantine	Localisation du lieu d'isolement /Location of isolation	<input type="radio"/> Lits d'hôpital désignés par le gouvernement /Government-designated inpatient treatment beds <input type="radio"/> Lits d'isolement à pression négative dans les hôpitaux généraux /Negative pressure isolation beds in general hospitals <input type="radio"/> Autre (préciser: _____) /Other (specify: _____)		

	Nom de l'établissement médical /Name of Medical Institution	
	Date du début de l'isolement /Start date of Isolation	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time:

6. Test en laboratoire /Laboratory test		☞Cochez ci-dessous les éléments pertinents /Choose any relevant items below		
6.1 Tests diagnostiques /Diagnostic tests	<input type="radio"/> Oui /Yes <input type="radio"/> Non /No			
Type d'échantillon Type of specimen	Échantillon /Sample (+)	Date du prélèvement de l'échantillon (JJ/MM/AAA A) /Date of specimen collected (YYYY/MM/DD)	Nom du laboratoire effectuant le test Name of agency conducting laboratory test	Résultat du test Test result
	<input type="radio"/> Fluide de lésion cutanée /Skin lesion fluid <input type="radio"/> Non effectué /Not performed	____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Agence coréenne de contrôle et de prévention des maladies /Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Institut de recherche en santé publique et environnement/ Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positif /Positive <input type="radio"/> Négatif /Negative <input type="radio"/> En attente /Pending <input type="radio"/> En cours /In progress <input type="radio"/> Autres Other ()
	<input type="radio"/> Tissu de lésion cutanée /Skin lesion tissue <input type="radio"/> Not performed	____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()

	<input type="radio"/> Croûtes /Scab <input type="radio"/> Not performed	____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Frottis oropharyngé/ <input type="radio"/> Oropharyngeal smear <input type="radio"/> Not performed	____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Sang /Blood <input type="radio"/> Not performed	____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()
	<input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> Not performed	____/____/____ (YYYY/MM/DD)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ()

7. Statut des cas-contacts /Contact Status		☞Cochez ou complétez les éléments pertinents ci-dessous /Choose or fill out any relevant items below	
7.1 Cas-contacts (Avez-vous été en contact avec une personne après l'apparition de vos premiers symptômes?) /Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?)	<input type="radio"/> Oui (Si oui, veuillez compléter tous les champs de la section 7. Statut des cas-contacts) /Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status) <input type="radio"/> Non /No		
	Combien de contacts le cas a-t-il eu depuis le début des symptômes? /How many contacts the case has had since the onset of symptoms?		☞Total / Total personne(s) / person(s)
	• Membres de la famille et personne(s) résidant dans le foyer /Family members and live-in person(s)	Personne(s) /person(s)	
	• Personnes issues d'établissement(s) médical(aux) /Those from medical institution(s) (Nom de (des) établissement(s): _____) /(Institution(s) Name: _____)	(personne(s) / person(s))	
	•Personnes ayant pris les mêmes transports en commun /voyagé	(personne(s))	

		dans les mêmes transports /People commuted/traveled via the same transport (Préciser /Specify:)	(personne(s) person(s)
		• Autres Other ()	(personne(s) person(s)
	<p>*Concernant l'enquête sur les cas-contacts et les détails pertinents, utilisez le «formulaire d'enquête sur les cas-contacts et l'exposition» /For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form'</p> <p>*Veuillez consulter les « directives de réponse à la variole du singe » pour enregistrer les contacts sur le système informatique en ligne /Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system</p>		

8. Décision finale /Final decision	<input type="checkbox"/> Cochez ci-dessous les éléments pertinents Choose or fill out any relevant items below
8.1 Résultat de la prise en charge du cas /case management result	<input type="radio"/> Traitement en cours /Under treatment <input type="radio"/> Décharge après rémission le __/__/__(JJ/MM/AAAA) /Discharged after recovery (__/__/__(YYYY/MM/DD) <input type="radio"/> Décédé le __/__/__(JJ/MM/AAAA) /Died __/__/__(YYYY/MM/DD)
8.2 Résultat final /Final result	<input type="radio"/> Cas confirmé /Confirmed case <input type="radio"/> Suspicion de cas positif /Suspected case <input type="radio"/> Cette personne n'est pas un patient (Diagnostic:) /Not a patient (Diagnosis:) <input type="checkbox"/> Si le cas est confirmé comme « patient atteint de variole du singe », indiquez les caractéristiques cliniques /If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics:

9. Traçage des cas-contacts Contact tracing	<input type="checkbox"/> Cochez ci-dessous les éléments pertinents Choose or fill out any relevant items below		
9.1 Traçage des cas-contacts Contact tracing results	<div> <input type="radio"/> En cours Ongoing <input type="radio"/> Complet Finished </div> <div> Nombre de contacts /Number of Contacts: Total / Total personne(s) person/s Patient / Patient: personne (Nom:) /person (name:) </div> <table border="1"> <tr> <td> Nombre de contacts au sein de la famille /Number of contacts in the live-in family <input type="radio"/> Oui (personne(s) /Yes (person/s) <input type="radio"/> Non /No </td> <td> Nombre de contacts en dehors de la famille (y compris les employés du domaine de la santé) /Number of contacts other than live-in family <input type="radio"/> Oui (personne(s) /Yes (person/s) <input type="radio"/> Non No </td> </tr> </table>	Nombre de contacts au sein de la famille /Number of contacts in the live-in family <input type="radio"/> Oui (personne(s) /Yes (person/s) <input type="radio"/> Non /No	Nombre de contacts en dehors de la famille (y compris les employés du domaine de la santé) /Number of contacts other than live-in family <input type="radio"/> Oui (personne(s) /Yes (person/s) <input type="radio"/> Non No
Nombre de contacts au sein de la famille /Number of contacts in the live-in family <input type="radio"/> Oui (personne(s) /Yes (person/s) <input type="radio"/> Non /No	Nombre de contacts en dehors de la famille (y compris les employés du domaine de la santé) /Number of contacts other than live-in family <input type="radio"/> Oui (personne(s) /Yes (person/s) <input type="radio"/> Non No		

[illegible]