



FORMULAIRE DE SURVEILLANCE DES MALADIES VIRALES AUX POSTES FRONTALIERS
VIRUS DISEASE SURVEILLANCE FORM AT POINTS OF ENTRY

Prénom/First name : Nom/Last name:.....
 Sexe/Sex : M F Age /years: /__ / __ / __ /
 Nationalité/Nationality: Profession/Occupation :
 Date d'arrivée/Date of arrival: /__ / __ / . /__ / __ / . /__ / __ / __ / __ /
 N° Vol ou N° du véhicule/Flight N° or vehicle N° : Provenance/Port of departure :
 N° du Siège / Seat N°: Date Vol-Date départ / Flight Date / date of
 Resident/Résidant : /__ / Transit /__ / departure :.....
 But de la visite au Bénin/Purpose of the visit to Benin:

Avez-vous visité la Chine, autres pays d'Asie ces trois (03)

derniers jours? / Have you visited China, other Asia, 3 days before your arrival in Benin, Korea, Japan, and best practices to avoid infection?

Oui/Yes /__ / No /__ /

Touriste/Affaire/ Tourist/Business: /__ /

Si OUI pendant combien de temps ? / If YES, for how long ?

Adresse du pays de résidence/Contact address at Country of Origin

Domicile :

Téléphone/Cell phone :

Email :

Contact

Nom&Prénom/FirstName&Surname :

Téléphone/Cell phone :

Email :

Adresse du pays de destination/Contact address at the Country of destination

Domicile :

Téléphone/Cell phone :

Email :

Contact

Nom&Prénom/FirstName&Surname :

Téléphone/Cell phone :

Email :

Avez-vous eu les symptômes suivants durant la dernière semaine /Have you experienced any of the following symptoms during the last one week ?

Fièvre/Fever: Yes /__ / No /__ /

Toux/Cough: Yes /__ / No /__ /

Eternuement/Sneezing: Yes /__ / No /__ /

Fatigue/Weakness: Yes /__ / No /__ /

Difficulté à respirer/Difficulty breathing: Yes /__ / No /__ /

Maux de tête/Headache: Yes /__ / No /__ /

Douleur à la gorge/Sore throat: Yes /__ / No /__ /

Douleur musculaire/Muscle pain: Yes /__ / No /__ /

Vomissement de sang/Vomiting of blood: Yes /__ / No /__ /

Nausée/Nausea: Yes /__ / No /__ /

Sang dans urines/Bloody urine: Yes /__ / No /__ /

Tâche de sang sur la peau/Skin rash: Yes /__ / No /__ /

Saignement/Bleeding: Yes /__ / No /__ /

Diarrhée/Diarrhea: Yes /__ / No /__ /

Réservé à l'administration/Official Use :

Vérifié par/Checked by :

Date : /__ / __ / . /__ / __ / . /__ / __ / __ / __ /