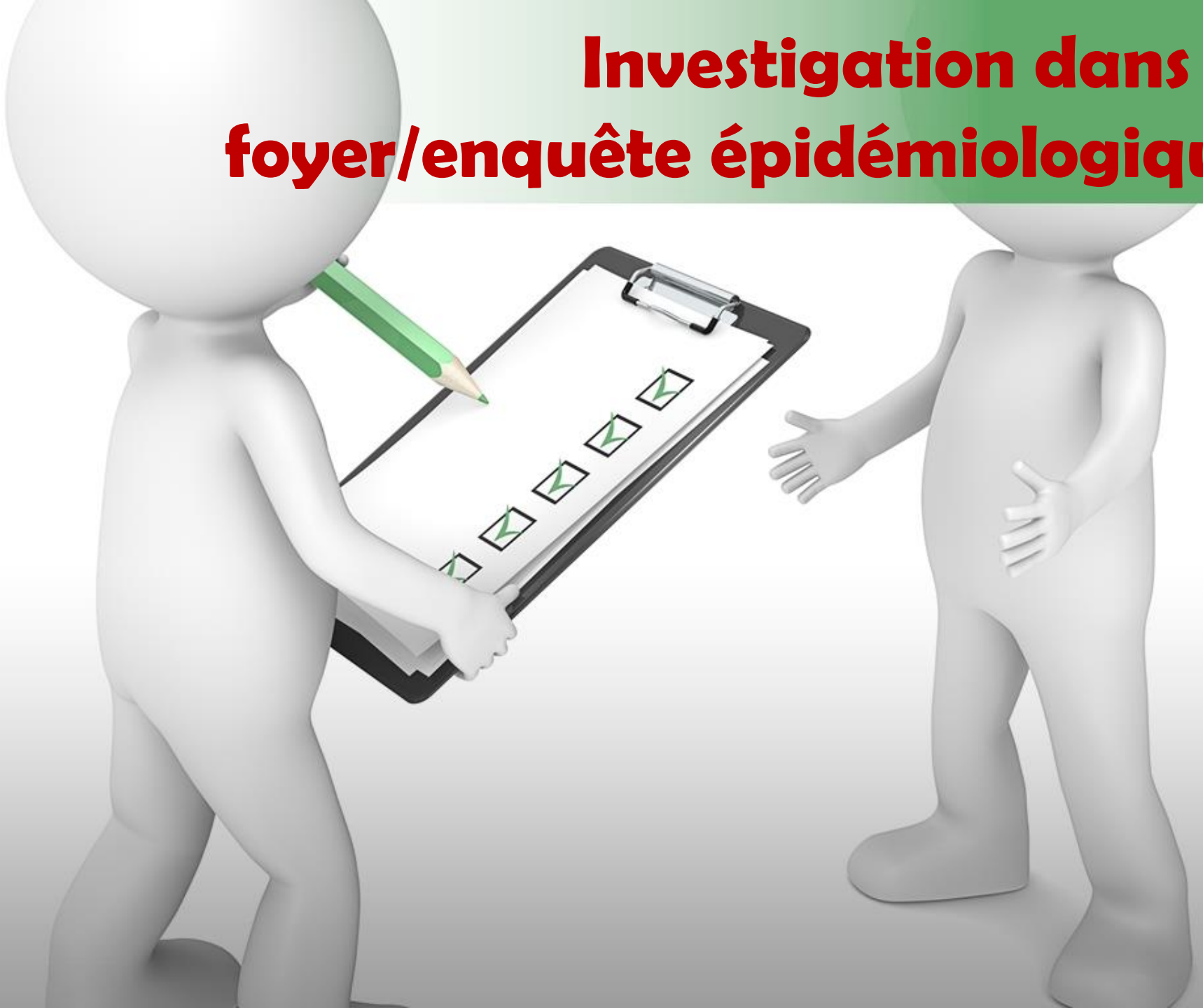


# Investigation dans le foyer/enquête épidémiologique



# PLAN

- **INVESTIGATION DANS LE FOYER**
- **ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE**



# INVESTIGATION DANS LE FOYER

## **RENSEIGNEMENTS GENERAUX :**

Enquête effectuée par : ..... Tél ..... Fax

.....

Localité 1 : ..... localité 2 : ..... Localité 3 : .....

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

Nom et prénom de l'éleveur : ..... Coordonnées GPS : .....

Numéro de C.I.N : .....

Tél : .....



# INVESTIGATION DANS LE FOYER

## *HISTORIQUE*

La maladie a -t-elle déjà frappé le troupeau dans le passé :  Oui  
 Non

Si oui ; date : ..... Espèce touchée : .....

Mesures prises : .....

# INVESTIGATION DANS LE FOYER

## *FACTEURS DE RISQUE*

### *Introduction:*

Nouvelle introduction :  Oui  Non

Nombre d'animaux introduits : .....  
d'introduction : .....

Vaccinés contre fièvre aphteuse :  Oui  Non

Origine d'animaux achetés : ..... Transit :  Oui  
 Non

Lieu du transit : .....

Sortie des animaux vers un marché et réentrée dans l'élevage :  Oui  
 Non

Présence des signes cliniques :  Oui  Non

Préciser : .....

Date

# INVESTIGATION DANS LE FOYER

## *Voisinage :*

Présence d'autres élevages à côté du foyer :  Oui  Non

Distance (km) : .....

Présence des symptômes cliniques similaires à ceux observés dans ces élevages :  Oui

Non

Préciser : .....

Statut vaccinal de l'élevage voisinant : vacciné contre la fièvre aphteuse :  Oui  Non

Echanges d'animaux avec des élevages en voisinage :  Oui  Non

Pâturage commun :  Oui  Non

Point d'eau commun :  Oui  Non

Proximité de faune sauvage :  Oui  Non Distance (km) : .....

# INVESTIGATION DANS LE FOYER

## *Autres facteurs de risque :*

Entrée des camions (distribution des aliments) :  Oui  Non

Dernière entrée : ..... Origine : .....

Entrée des citernes d'eau :  Oui  Non

Dernière entrée : ..... Origine : .....

Présence d'ouvriers dans l'élevage qui sont propriétaire d'animaux :  Oui  Non

Echanges d'ouvriers avec d'autres élevages :  Oui  Non

Collecteurs du lait :  Oui  Non

Circuit à préciser : .....

Passage d'inséminateurs :  Oui  Non

Autres prestataires de service :  Oui  Non

Préciser : .....



# INVESTIGATION DANS LE FOYER

## *MALADIE*

Date d'apparition des premiers signes : .....

Signes observés :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Syndrome fébrile                        | <input type="checkbox"/> Ulcères sur la langue et les gencives |
| <input type="checkbox"/> Bave filante                            | <input type="checkbox"/> Ulcères dans l'espace interdigital    |
| <input type="checkbox"/> Boiterie                                | <input type="checkbox"/> Ulcères sur le bourrelet              |
| <input type="checkbox"/> Vésicules sur la langue et les gencives | <input type="checkbox"/> Ulcères sur les trayons               |
| <input type="checkbox"/> Vésicules dans l'espace interdigital    | <input type="checkbox"/> Ulcères sur le muflle                 |
| <input type="checkbox"/> Vésicules sur le bourrelet              | <input type="checkbox"/> Avortement                            |
| <input type="checkbox"/> Vésicules sur les trayons               | <input type="checkbox"/> Mortinatalité                         |

# INVESTIGATION DANS LE FOYER

Animaux malades :

Espèce	Bovins	Ovins	Caprins	Camelins
Nombre malades				
Nombre de morts				

Recours au traitement :  Oui  
 Non

Durée : .....

Produit utilisé : .....

Revaccination :  Oui  
 Non

Date : .....

Mesures de biosécurité prises dans le foyer : .....