

Signalement d'une ÉCLOSION

MILIEU DE SOINS PUBLIC

Faire parvenir le signalement dans les 48 heures suivant le début de l'écllosion.

Noter de faire une déclaration par pathogène/maladie et par unité/étage

SECTION A -SIGNALEMENT D'UNE NOUVELLE ÉCLOSION CHEZ LES USAGERS – MILIEU DE SOINS PUBLIC

Type d'écllosion : CCIRA Influenza Gastro-entérite *C. difficile*
 COVID-19 VRS Autre (préciser) :

Pour les écllosions BMR, prendre les formulaires régionaux appropriés.

Nom de l'établissement et installation impliqué :

Adresse :

Unité étage impliqué :

Nombre d'usagers présents sur l'unité/étage impliqué :

Type: CH CHSLD EPC IRDPQ (CR) MDA-MA
 IUSMQ(SM) Autre CIUSSSCN (préciser)

Date du début des symptômes du 1^{er} cas (aaaa/mm/jj) :

Nombre de cas au moment du signalement :

Nombre de cas hospitalisés : Nombre de cas décédés :

Prélèvements effectués : Oui Non si oui, identifier le pathogène :

Date de la mise en place des mesures de PCI (aaaa/mm/jj) :

Date du début de l'écllosion :

Personne déclarante :

Téléphone :

Date (aaaa/mm/jj) :

*SECTION B -INFORMATIONS À COMPLÉTER EN COURS D'ÉCLOSION ET À ENVOYER À NOUVEAU

Identification de l'agent pathogène :

Date (aaaa/mm/jj) :

Écllosion majeure Écllosion persistante Date (aaaa/mm/jj) :

Expliquer la raison à l'aide de la note* :

*Compléter la section B et retourner le formulaire initial pour aviser d'un changement de situation :

- Lorsque le pathogène est identifié par un prélèvement;

- Lors d'une écllosion majeure :

- Indicateurs de sévérité sont présents (décès et hospitalisations);
- Taux d'attaque ou incidence élevée dès le départ ou après la mise en place des mesures (J4 Influenza et J3 pour GEV);

- Lors d'une écllosion persistante : Apparition de nouveaux cas nosocomiaux malgré l'application rigoureuse de mesures de prévention et contrôle des infections.

Signalement d'une ÉCLOSION

MILIEU DE SOINS PUBLIC

Faire parvenir le signalement dans les 48 heures suivant le début de l'éclosion.
Noter de faire une déclaration par pathogène/maladie et par unité/étage

SECTION C- BILAN À COMPLÉTER À LA FIN DE L'ÉCLOSION

Date du début des symptômes du dernier cas (aaaa/mm/jj) :

Date de fin des symptômes du dernier cas (aaaa/mm/jj) :

Date de la fin de l'éclosion (aaaa/mm/jj) :

Nombre de cas total :

Hospitalisés :

Décédés :

Pathogène identifié, si connu :

SI ÉCLOSION D'INFLUENZA IDENTIFIÉE (REPLIR CETTE SECTION)

Type d'influenza confirmé : A B Non typé Inconnu

Si influenza A, préciser : H1N1 H3 Autre (préciser) Inconnu

ÉCLOSION D'INFLUENZA TOUCHANT LES USAGERS DES CHSLD (SEULEMENT)

Prophylaxie antivirale : Oui Non Date de début (aaaa/mm/jj) :

Nombre d'usagers ayant reçue la prophylaxie :

Apparition de nouveaux cas > 72 h après le début de la prophylaxie : Oui Non

Résistance aux antiviraux confirmée (labo) : Oui Non

Résistance à quel antiviral :

SECTION D -COMMENTAIRES (peut être utilisée à n'importe quel moment de l'éclosion) :

SECTION E -RÉSERVÉ À LA DSPublique

Numéros d'éclosion :

SI-GMI :

SI-SPIN:

Portrait d'éclosions:

Date réception du signalement :

Date réception du bilan :

Date début d'éclosion :

Date fin d'éclosion :

Signature :

Commentaires: