

## FORMULAIRE DE SUIVI DE CAS GESTION D'ÉCLOSION DIRECTIVE 2B

### IDENTIFICATION DU MILIEU

**NOM DU MILIEU :**

**UNITÉ DE SOINS :**

- RI-SAPA
  RPA (cat.4)
  Milieux mixtes (3-4)
  EPNC
  EPC (hors entente)

**Consignes d'utilisation :**

- Compléter un formulaire par unité/étage
- Inscrire le nom des résidents qu'une seule fois dans le formulaire et y ajouter uniquement les nouveaux cas
- **Ne pas inscrire** les contacts étroits ni les travailleurs de la santé
- Transmettre le formulaire lors de nouveaux cas et au moment du retrait des précautions additionnelles (PA) (maximum une fois par jour)

**Acheminer le formulaire à l'adresse suivante :**

- [pci.munautaire.ciusssc@ssss.gouv.qc.ca](mailto:pci.munautaire.ciusssc@ssss.gouv.qc.ca)
- Inscrire le nom du milieu dans l'objet du courriel

### TYPE D'ÉCLOSION

- COVID-19
  Cas clinique d'infection respiratoire aiguë (CCIRA)
  Influenza A
  Influenza B
  Virus respiratoire syncytial (VRS)
- Gastro-entérite
  C. difficile
  Autre, préciser :

Nom	Prénom	RAMQ	Unité/Étage	Dépistage (si requis)		Date de début des symptômes (AA/MM/JJ)	Date de mise en place des PA (AA/MM/JJ)	Date de retrait des PA (AA/MM/JJ)	Relié(e) à l'infection	
				Date (AA/MM/JJ)	Inscrire le(s) pathogène(s) détecté(s) :				Hospitalisation	Décès
					- COVID-19 - Influenza A - Influenza B - VRS				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					- Non détecté - En attente				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FORMULAIRE DE SUIVI DE CAS  
GESTION D'ÉCLOSION  
DIRECTIVE 2B**

Nom	Prénom	RAMQ	Unité/Étage	Dépistage (si requis)		Date de début des symptômes (AA/MM/JJ)	Date de mise en place des PA (AA/MM/JJ)	Date de retrait des PA (AA/MM/JJ)	Relié(e) à l'infection	
				Date (AA/MM/JJ)	Inscrire le(s) pathogène(s) détecté(s) : - COVID-19                      - Non détecté - Influenza A            OU    - En attente - Influenza B - VRS				Hospitalisation	Décès
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>