|  |  |
| --- | --- |
| CIUSSS_Capitale_w3 | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****SIGNALEMENT D’UNE ÉCLOSION DE BACTÉRIES MULTIRESISTANTES** **DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **DÉCLARATION D’UNE ÉCLOSION** |
| [ ]  Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), préciser l’espèce :[ ]  van A [ ]  van B [ ]  inconnue[ ]  *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)[ ]  *Staphylococcus aureus* résistant ou ayant une sensibilité réduite à la vancomycine (SARV/SARIV)[ ]  Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), préciser le mécanisme de résistance : [ ]  KPC [ ]  VIM [ ]  NDM-1 [ ]  OXA-48 [ ]  Autre : [ ]  *Acinetobacter baumanii* multirésistant[ ]  Autre BGN-MR : Résultat génotypique :  |
| **Date de début de l’éclosion** :aaaa-mm-jj |

|  |
| --- |
| **ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ** |
| Nom de l’établissement et de l’installation : Type d’installation :[ ]  Centre hospitalier (CH) de soins généraux et spécialisés[ ]  Centre hospitalier universitaire (CHU) ou affilié [ ]  Centre de réadaptation[ ]  Centre d’hébergement de soins de longue durée (CHSLD)Identification de (des) unité (s) ou étage(s) touchée (s) :  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LES CAS au moment de la déclaration** |
| Nombre de casColonisés : Infectés : Décédés parmi les personnes infectées (liés ou non à l’infection) :  |
| Date de mise en place des mesures de contrôle : aaaa-mm-jjDate probable d’admission du cas primaire : aaaa-mm-jj(le cas primaire, colonisé ou infecté, n’est pas nécessairement le premier cas découvert)Commentaires :  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LA DÉCLARATION** |
| Nom de la personne à rejoindre : Numéro de téléphone : Date de la déclaration : aaaa-mm-jj |

|  |
| --- |
| **BILAN DE L’ÉCLOSION** Compléter lorsqu’aucun nouveau cas n’est identifié pour 6 dépistages consécutifs faits de façon hebdomadaire. |
| Date de fin d’éclosion : aaaa-mm-jjNombre de cas à la fin de l’éclosionColonisés : Infectés : Décédés parmi les personnes infectées (liés ou non à l’infection) :  |

**Veuillez transmettre ce formulaire rempli à la Direction de santé publique par courriel à l’adresse :** 03drsppostedegarde@ssss.gouv.qc.ca