

RÉGION NORMANDIE

Mise à jour : octobre 2017

Cette fiche a pour objet de signaler rapidement la survenue de cas groupés, d'informer de la mise en place des mesures de gestion et, si nécessaire, de solliciter l'aide de l'Agence régionale de santé (ARS), du Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (Cpias) ou des réseaux d'hygiène. Cette fiche permet dans un deuxième temps de compléter les informations sur l'ensemble de l'épisode.

À retourner à l'ARS dès l'identification de l'épisode de cas groupés, même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations demandées.

Par e-mail : ars14-alerte@ars.sante.fr ou par fax : 02 34 00 02 83

Attention : la partie « bilan final à la clôture de l'épisode » est à compléter à la fin de l'épisode et à renvoyer dans un second temps avec la courbe épidémique finale.

Critère de signalement : au moins 5 cas de GEA dans un délai de 4 jours parmi les personnes résidentes.

I. SIGNALEMENT

Date du signalement (jj/mm/aaaa) : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Personne responsable du signalement : Nom : Fonction :

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|

E-mail :@.....

II. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville :

N° FINESS (raison sociale) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Établissement affilié à un établissement de santé : Oui Non Ne sait pas

Type d'établissement : Ehpad Unité de soins de longue durée Autre :

Nombre total de résidents : |_|_|_| Nombre total de membres du personnel : |_|_|_|

III. SITUATION LORS DU SIGNALEMENT DE L'ÉPISODE DE CAS GROUPÉS

Date du début des signes du premier cas (jj/mm/aaaa) : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Date du début des signes du dernier cas (avant le signalement) (jj/mm/aaaa) : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

	Résidents	Membres du personnel
Nombre de malades	_ _ _	_ _ _
⇒ dont nombre de personnes hospitalisées	_ _ _	_ _ _
⇒ dont nombre de personnes décédées	_ _ _	_ _ _

Tableau clinique	Oui	Non	Ne sait pas
La majorité des malades présentent-ils des vomissements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La majorité des malades présentent-ils de la diarrhée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certains malades présentent-ils une diarrhée sanglante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La majorité des malades présentent-ils de la fièvre (>38 °C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durée moyenne de la maladie chez les cas : |_|_|_| jours

Merci de joindre la courbe épidémique obtenue à partir des feuilles de surveillance.

IV. MESURES DE CONTRÔLE

Mise en place de mesures de contrôle : Oui Non

Mesures prises dans l'établissement	Oui	Non	Date de mise en place
Renforcement de l'hygiène des mains (personnel/résidents/visiteurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Précautions de type « contact »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Limitation des déplacements des malades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Arrêt ou limitation des activités collectives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Mise à l'écart des soins et de la préparation des repas du personnel malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Informations des visiteurs et intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Nettoyage et désinfection surfaces et locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Nettoyage classique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Bionettoyage et désinfection surfaces et locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____
Autres mesures (suspension des admissions...), précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/___/_____

Recherches étiologiques déjà entreprises ou en cours : Oui Non Ne sait pas

Si oui, précisez lesquelles :

Résultats :

Estimez-vous avoir besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode ? Oui Non

Pour quelles raisons :

Commentaires :

V. BILAN FINAL À LA CLÔTURE DE L'ÉPISODE (À COMPLÉTER DANS LES 10 JOURS SUIVANT LA SURVENUE DU DERNIER CAS)

Date du bilan (jj/mm/aaaa) : ___/___/_____

Date du dernier cas (jj/mm/aaaa) : ___/___/_____

Bilan définitif des cas	Résidents	Membres du personnel
Nombre de malades	_____	_____
⇒ dont nombre de personnes hospitalisées	_____	_____
⇒ dont nombre de personnes décédées	_____	_____

Résultats des recherches étiologiques (précisez) :
.....
.....

Avez-vous reçu un appui pour l'investigation ou la gestion de cet épisode : Oui Non

Si oui, précisez :

ARS- CVAGS Cpias Cire - Santé publique France Réseau local d'hygiène

Commentaires :

Merci de joindre la courbe épidémique finale obtenue à partir des feuilles de surveillance.