|  |  |
| --- | --- |
| CIUSSS_Capitale_w3 | **SIGNALEMENT D’UN CAS SPORADIQUE**  **ENTÉROBACTÉRIE PRODUCTRICE DE CARBAPÉNÉMASES (EPC)**  **ou *ACINETOBACTER BAUMANII* MULTIRÉSISTANT** |

\*\*\* SITUATIONS À SIGNALER \*\*\*

Utiliser ce formulaire pour signaler à la Direction de santé publique :

* Les cas sporadiques, colonisés ou infectés, d’entérobactérie productrice de carbapénémases (EPC) ou d’*Acinetobacter* *baumanii* multirésistant;
* Les phénomènes en émergence.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Informations sur la déclaration** | | | | | | | | |
| Date de dépistage (aaaa/mm/jj): : | | | | | | | | |
| Confirmation par :  LSPQ, date (aaaa/mm/jj) :       TAAN (PCR) Culture | | | | | | | | |
| Autre : | | | | | | date (aaaa/mm/jj) : | | |
|  | | | | | | | | |
| 1. **Identification du cas** | | | | | | | | |
| Nom: | | | | | Prénom : | | | |
| Date de naissance (aaaa/mm/jj) :  RAMQ : | | | | | Sexe :  M  F  Autre  Région administrative (domicile) : | | | |
| Adresse : | | | | | | | | |
| Téléphone : | | | | | Autre : | | | |
|  | | | | | | | |  |
| 1. **Identification de la souche** | | | | | | | | |
| Espèce d’entérobactérie : | | | | | | | | |
| Mécanisme de résistance  KPC  VIM  NDM-1  OXA-48  Autre | | | | | | | | |
| *Acinetobacter baumanii* multirésistant | | | | | | | | |
| Autre : | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  |
| 1. **Identification de l’établissement où a été effectué le prélèvement** | | | | | | | | |
| Nom de l’établissement :  Nom de l’installation : | | | | | | | | |
| Adresse : | | | | | | | | |
| Nom de l’unité ou de l’étage : | | | | | | | | |
| Type d’installation :  Centre hospitalier (CH) | | | | | | | | |
|  | Centre d’hébergement et de soins de longue durée public (CHSLD) | | | | | | | |
|  | Milieu d’hébergement et de soins de longue durée privé ou privé-conventionné | | | | | | | |
|  | Résidence privée pour aînés (RPA) | | | | | | | |
|  | RI (ressource intermédiaire) ou RI-SAPA (soutien à l’autonomie des personnes âgées) | | | | | | | |
|  | Autre (préciser) : | | | | | | | |
| Téléphone : | | | poste : | | | | |  |
| 1. **Informations sur le cas** | | | | | | | | |
| Date d’admission du cas (aaaa/mm/jj) : | | | | | | | Non hospitalisé | |
| Date de mise en place des précautions additionnelles (aaaa/mm/jj) : | | | | | | | | |
| Origine du cas avant l’admission : | | | | Domicile | | | | |
|  | | | | Centre hospitalier (CH) | | | | |
|  | | | | Centre d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) | | | | |
|  | | | | Milieu d’hébergement et de soins de longue durée privé ou privé-conventionné | | | | |
|  | | | | Résidence privée pour aînés (RPA) | | | | |
|  | | | | Résidence non institutionnelle (RNI) | | | | |
|  | | | | Hors Québec | | | | |
|  | | | | Autre : | | | | |
| Préciser le nom du milieu : | | | | | | | | |
| Déjà connu porteur pour la même souche :  Oui  Non  Inconnu  Si oui, le cas était  colonisé  infecté | | | | | | | | |
| Si oui, date du 1er prélèvement positif (aaaa/mm/jj) : | | | | | | | | |
| Hospitalisation dans les derniers 12 mois :  Oui  Non Préciser si connu : | | | | | | | | |
| Lien avec un cas déjà connu :  Oui  Non  Inconnu  Si oui, préciser le lien et le nom du cas : | | | | | | | | |
| Lien avec une éclosion en cours :  Oui  Non  Inconnu | | | | | | | | |
| Si oui, nom de l’établissement (installation) et de l’unité ou de l’étage où a lieu l’éclosion : | | | | | | | | |
| Acquisition hors RSS 03 :  Oui  Non  Inconnu | | | | | | | | |
| Si oui, région, province ou pays présumé ou connu d’acquisition : | | | | | | | | |
| Le cas est présentement : | | | | | | | |  |
| Colonisé | | | | | | | | |
| Infecté (préciser le type d’infection) : | | | | | | | | |
| Date d’apparition des symptômes (aaaa/mm/jj) : | | | | | | | | |
| Évolution\* :  Amélioration  Détérioration  Décès date (aaaa/mm/jj) : | | | | | | | | |
| *\* Au moment de la déclaration.* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Évolution de l’état (à retourner chaque fois que la situation évolue)** | | | | | | | | |
| Infecté  Détérioré  Décédé  Date (aaaa/mm/jj) : | | | | | | | | |
| Commentaires : | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Formulaire rempli par :** | | | | | | | | |
| Nom : | | Fonction :       Établissement : | | | | | | |
| Téléphone : | | Date (aaaa/mm/jj) : | | | | | | |

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