

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.communautaire.ciusssc@sss.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	Date de mise en place des PA	Date de retrait des PA	Décès
				Date (AA/MM/JJ)	Inscrire le(s) pathogène(s) détecté(s) :				
					- COVID-19 - Influenza A - Influenza B - VRS				<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	Date de mise en place des PA	Date de retrait des PA	Décès
				Date (AA/MM/JJ)	Inscrire le(s) pathogène(s) détecté(s) :				
					- COVID-19 - Influenza A - Influenza B - VRS				<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"/>