

Cette case doit contenir : N° dossier, nom, prénom, date de naissance, NAM, nom de la mère, prénom de la mère, nom du père, prénom du père

DÉCLARATION D'UNE INFECTION SUSPECTÉE OU D'UN AGENT PATHOGÈNE

Direction clinique _____ Programme _____ Site _____		INSTALLATION _____ UNITÉ _____	
DATE DE DÉBUT DES SYMPTÔMES _____ aaaa/mm/jj		DATE DE DÉBUT DE PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES _____ aaaa/mm/jj	
SARM	BGNMR	AUTRE MICRO-ORGANISME	C.DIFFICILE (DACD)
<input type="checkbox"/> Connu à l'admission <input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté Site <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Connu à l'admission <input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté Site <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Connu ou suspecté à l'admission Type _____ Site _____ RÉSULTAT DE LABO POSITIF Date _____ aaaa/mm/jj	
RÉSULTAT DE LABO POSITIF	RÉSULTAT DE LABO POSITIF	Exemple : Infection de plaie, infection site opératoire, tuberculose, rougeole ou toutes autres pathogènes hors de l'ordinaire ZONA <input type="checkbox"/> Diagnostic médical <input type="checkbox"/> Lésions recouvertes <input type="checkbox"/> Lésions non recouvertes Nombre dermatome _____ GALE <input type="checkbox"/> Diagnostic médical <input type="checkbox"/> Lésions caractéristiques <input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Sillon épidermique	
Date _____ aaaa/mm/jj	Date _____ aaaa/mm/jj		
ERV			
<input type="checkbox"/> Connu à l'admission <input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté Site _____ RÉSULTAT DE LABO POSITIF Date _____ aaaa/mm/jj	Directive 1 <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Contact double désinfection Directive 2 <input type="checkbox"/> Pratique de base <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact Directive 3 <input type="checkbox"/> Contact/allégées <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact	<input type="checkbox"/> Contact/allégées <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact Précautions instaurées _____	<input type="checkbox"/> Contact renforcées
IMPORTANT : Ne pas oublier de compléter l'identification de l'usager dans le haut de la page 2.			

Nom :

N° dossier :

CCIRA/COVID-19 /PNEUMONIE	GASTRO-ENTÉRITE
<p>Référence : CN00558 DÉCLARATION ET SUIVI QUOTIDIEN CAS CLINIQUE D'INFECTION RESPIRATOIRE AIGUË</p>	<p>Référence « CN00603 Déclaration et suivi quotidien d'une infection gastro-intestinale »</p> <p><input type="checkbox"/> 2 vomissements/24 heures</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p><input type="checkbox"/> 2 diarrhées de plus qu'habituellement/ 24 heures</p> <p style="text-align: center;">et</p> <p>1 des conditions suivantes</p> <p><input type="checkbox"/> Fièvre</p> <p><input type="checkbox"/> Nausées</p> <p><input type="checkbox"/> Crampes abdominales</p> <p><input type="checkbox"/> Céphalées</p> <p style="text-align: center;">et</p> <p><input type="checkbox"/> Sans autre facteur causal (ex. : laxatifs)</p>

Commentaires (inscrire des informations qui sont pertinentes pour le Service de Prévention et contrôle des infections (PCI))

Nom du déclarant _____

Date _____ Signature _____ Profession _____
aaaa/mm/jj

Envoyer (CONFIDENTIEL) par télécopieur 418 577-8969
Si vous avez reçu le présent message par erreur, veuillez aviser immédiatement le Service de PCI. Merci de votre collaboration

Légende
BGNMR : bacilles GRAM négatif multirésistants ERV : entérocoques résistants à la vancomycine
DACD : diarrhées associées au Clostridioïde difficile PRC : chaîne par Polymérase SARM : staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
CCIRA : Cas clinique d'infection respiratoire aiguë

Section réservée pour la signature électronique