

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"/> <b>Connu à l'admission</b>  <input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté  <b>Site</b> <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> <b>Connu à l'admission</b>  <input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté  <b>Site</b> <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Plaie <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> <b>Connu ou suspecté à l'admission</b>  Type _____  Site _____  <b>RÉSULTAT DE LABO POSITIF</b>  Date _____ aaaa/mm/jj	
<b>RÉSULTAT DE LABO POSITIF</b>	<b>RÉSULTAT DE LABO POSITIF</b>	<b>Exemple :</b> <b>Infection de plaie, infection site opératoire, tuberculose, rougeole ou toutes autres pathogènes hors de l'ordinaire</b>  <b>ZONA</b>  <input type="checkbox"/> Diagnostic médical <input type="checkbox"/> Lésions recouvertes <input type="checkbox"/> Lésions non recouvertes Nombre dermatome _____  <b>GALE</b> <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		
<b>ERV</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Connu à l'admission</b> <input type="checkbox"/> Colonisé <input type="checkbox"/> Infecté Site _____  <b>RÉSULTAT DE LABO POSITIF</b> Date _____ aaaa/mm/jj	<b>Directive 1</b> <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Contact double désinfection  <b>Directive 2</b> <input type="checkbox"/> Pratique de base <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact  <b>Directive 3</b> <input type="checkbox"/> Contact/allégées <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact		
	<b>Directive 1</b> <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact  <b>Directive 2</b> <input type="checkbox"/> Contact/allégées <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact  <b>Directive 3</b> <input type="checkbox"/> Contact/allégées <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact	<b>Précautions instaurées</b>  _____	<input type="checkbox"/> <b>Contact renforcées</b>
<b>IMPORTANT : Ne pas oublier de compléter l'identification de l'utilisateur dans le haut de la page 2.</b>			

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;"><b>ou</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2 diarrhées de plus qu'habituellement/ 24 heures</p> <p style="text-align: center;"><b>et</b></p> <p><b>1 des conditions suivantes</b></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;"><b>et</b></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