

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT D'UNE ÉCLOSION À LA DSPublique et au service de PCI

TYPES DE RESSOURCES

- RPA : Catégorie : 1 2 3 4 (unité de soins) milieu mixte
- RI RI-SAPA RTF RAC RIS EPC (hors entente) EPNC Maison des naissances URCl
- Foyer de groupe Centre de réadaptation jeunesse CRDQ Communauté religieuse Projet novateur
- Autres : _____

*S'assurer de faire parvenir un formulaire par pathogène et par catégorie (pour les milieux de RPA mixtes 3-4)

IDENTIFICATION

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____ Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Nombre de résidents total dans l'établissement : _____

Clientèle Autonome Semi-autonome Non autonome Errante Employés dédiés à l'unité de soins : Oui Non

Nom de la personne ressource : _____

Formulaire rempli par : _____ Date : _____

ÉCLOSION

COVID 19 Cas clinique d'infection respiratoire aigüe (pathogène non identifié) Influenza VRS Gastro-entérite *C. difficile*

Autre, précisez : _____

Date du début des symptômes du 1^{er} cas : _____ Date du début des symptômes du 2^e cas : _____

Date du début d'éclosion : _____

Nombre de cas total au moment du signalement : _____ Nombre de cas hospitalisés : _____ Nombre de cas décédés : _____

Unité(s) de soins ou étage(s) touché(s) : _____

Nombre de résidents total dans l'unité(s) de soins ou étage(s) touché(s) : _____

Date de mise en place des mesures de gestion d'éclosion : _____

SYMPTOMATOLOGIE

Fièvre Toux Atteinte de l'état général Congestion nasale Mal de gorge Vomissements Nausées Diarrhée

Crampes abdominales Autre, précisez : _____

DÉPISTAGE

Dépistages COVID 19 effectués Oui Non Positif Négatif

Dépistages autres Oui Non lequel : _____ Positif Négatif

TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ (TdeS)

Nombre total de travailleurs dans l'établissement : _____

Nombre total de travailleurs malades : _____

Date du début des symptômes du premier travailleur malade : _____

COCHER LES MESURES QUI S'APPLIQUENT À LA SITUATION ET QUI SONT EN PLACE JUSQU'À MAINTENANT

- Surveillance des symptômes chez les résidents/TdeS
- Les résidents atteints demeurent dans leur appartement ou chambre
- Nettoyage et désinfection de l'environnement rehaussés Nombre de fois par jour : _____
- Mise en place d'affiches de rappel des mesures préventives
- Retrait des travailleurs symptomatiques
- Port des équipements de protection individuelle (EPI) requis selon l'affichette de précaution additionnelle en place : masque médical, gants, blouse à manches longues, etc.
- Respect et renforcement de l'hygiène des mains chez les travailleurs et les résidents

- Fermeture des aires communes (salon communautaire, etc.)
- Fermeture de la salle à manger
- Suspension d'activités (rassemblements)
- Présence d'affichage « avis d'éclosion » dans l'établissement
- Visiteurs informés
- Résidents et familles informés
- DSAPA et DQEPE avisées de la situation actuelle
- Autre, préciser : _____

RÉFÉRENCES

1. Guide de prévention des infections dans les résidences privées pour aînés - Mise à jour 2019 :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-207-01W.pdf>
2. Si présence de symptômes respiratoires, consulter le site : <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/prevention-des-accidents-des-lesions-et-des-maladies/gestes-limiter-transmission-maladies-respiratoires-infectieuses>

COMMENTAIRES

BILAN À COMPLÉTER À LA FIN DE L'ÉCLOSION

Date du début des symptômes du dernier cas (aaaa/mm/jj) (CCIRA, COVID-19, Influenza)¹ :

Date de fin des symptômes du dernier cas (aaaa/mm/jj) (gastro-entérite)² :

Date de fin d'éclosion probable à compléter par l'exploitant (aaaa/mm/jj) :

Nombre de cas total chez les résidents : _____ Hospitalisés : _____ Décédés : _____

Pathogène identifié, si connu : _____

Nombre de cas total connu chez les travailleurs, si disponible : _____

Nom de la personne déclarante : _____ Date : _____

1 : La fin de l'éclosion sera 10 jours après le début des symptômes du dernier cas.

2 : La fin de l'éclosion sera 96 heures après la fin des symptômes du dernier cas.

RÉSERVÉ À LA PCI / DSPublique

Prise en charge par : PCI DSPublique

Date de fin d'éclosion confirmée par DSPublique ou PCI (aaaa/mm/jj) : _____

Commentaire : _____

Pris en charge par (nom de la personne responsable) : _____ Date : _____

Acheminer ce formulaire dûment rempli par télécopieur ou par courriel

Adresses courriels : 03drspostedegarde@ssss.gouv.qc.ca et pci.communautaire.ciuSSSCN@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieurs : 418-661-7153 et 418-577-8969

Mettre en copie conforme : L'infirmière DSAPA (ou intervenant répondant selon le milieu touché),
l'intervenant qualité DQEPE dédié et l'infirmière de la direction clinique impliquée.