|  |  |
| --- | --- |
| CIUSSS_Capitale_w3 | **DÉCLARATION D’UN CAS** **DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* RÉSISTANT (SARV) OU** **AYANT UNE SENSIBILITÉ RÉDUITE (SARIV) À LA VANCOMYCINE**  |

\*\*\* DÉFINITION NOSOLOGIQUE – MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO) \*\*\*

Isolement de *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine. À des fins de surveillance, toute souche de *Staphylococcus aureus* dont la concentration minimale inhibitrice (CMI) est égale ou supérieur à 4 mg/L est considérée résistante.

|  |
| --- |
| 1. **Informations sur la déclaration** (À compléter par la Direction de santé publique)
 |
| Date d’épisode (*aaaa/mm/jj*) :       | No. MADO :       |
| Nom du déclarant :       | Téléphone :       |
| [ ]  Laboratoire [ ]  Infirmière en PCI [ ]  Médecin traitant |
| [ ]  Confirmation par le LSPQ si oui, date (*aaaa/mm/jj*) :       |
| Concentration minimale inhibitrice (CMI) de la souche : [ ]  4-8 mg/L [ ]  ≥ 16 mg/L |
|  |
| 1. **Identification du cas**
 |
| Nom :       | Prénom :       |
| Date de naissance (*aaaa/mm/jj*) :       | Sexe : [ ]  M [ ]  F |
| Adresse :       |
| Téléphone : Domicile :       | Autre :       |
| [ ]  Le cas demeure dans une résidence pour personnes âgées |
|  |  |
| 1. **Identification de l’établissement où a été effectué le prélèvement**
 |
| Nom de l’installation :       |
| Adresse :       |
| Nom du CSSS ou de l’établissement :       |
| Type d’installation : [ ]  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) |
|  |  [ ]  Autre (préciser) :       |
| Téléphone :       | poste :       | Télécopieur :       |
| *Veuillez compléter le verso du formulaire* |

|  |
| --- |
| 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 : province ou pays :       |
|  | [ ]  Autre :       |
|  |
| Déjà connu porteur SARM : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu |
| Si oui, date du 1er prélèvement positif pour SARM (*aaaa/mm/jj*) :       |
|  |
| Prise de vancomycine au cours des derniers 6 mois : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu |
|  |
| Déjà connu SARV/SARIV (porteur ou infecté) : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu |
| Si oui, date du 1er prélèvement positif pour SARV/SARIV (*aaaa/mm/jj*) :       |
|  |
| Lien avec un cas déjà connu SARV/SARIV : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu |
|  |
| Acquisition hors Québec : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu |
| Si oui, province ou pays présumé ou connu d’acquisition :       |
|  |
| Le cas est : |  |
| [ ]  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.* |
|  |  |
| **Formulaire complété par :** |
| Nom :       | Fonction :       |
| Téléphone :       | Date (*aaaa/mm/jj*) :       |

**Veuillez transmettre ce formulaire complété à la Direction de santé publique par courriel à l’adresse :** 03drsppostedegarde@ssss.gouv.qc.ca **ou par télécopieur au numéro : 418 661-7153 (confidentiel).**