|  |  |
| --- | --- |
| 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](mailto:03drsppostedegarde@ssss.gouv.qc.ca_) **ou par télécopieur au numéro : 418 661-7153 (confidentiel).**