|  |  |
| --- | --- |
| CIUSSS_Capitale_w3 | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **SIGNALEMENT D’UNE ÉCLOSION DE BACTÉRIES MULTIRESISTANTES**  **DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **DÉCLARATION D’UNE ÉCLOSION** |
| Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), préciser l’espèce :  van A  van B  inconnue  *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM)  *Staphylococcus aureus* résistant ou ayant une sensibilité réduite à la vancomycine (SARV/SARIV)  Entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC), préciser le mécanisme de résistance :  KPC  VIM  NDM-1  OXA-48  Autre :  *Acinetobacter baumanii* multirésistant  Autre BGN-MR : Résultat génotypique : |
| **Date de début de l’éclosion** :aaaa-mm-jj |

|  |
| --- |
| **ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ** |
| Nom de l’établissement et de l’installation :  Type d’installation :  Centre hospitalier (CH) de soins généraux et spécialisés  Centre hospitalier universitaire (CHU) ou affilié  Centre de réadaptation  Centre d’hébergement de soins de longue durée (CHSLD)  Identification de (des) unité (s) ou étage(s) touchée (s) : |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LES CAS au moment de la déclaration** |
| Nombre de cas  Colonisés :  Infectés :  Décédés parmi les personnes infectées (liés ou non à l’infection) : |
| Date de mise en place des mesures de contrôle : aaaa-mm-jj  Date probable d’admission du cas primaire : aaaa-mm-jj  (le cas primaire, colonisé ou infecté, n’est pas nécessairement le premier cas découvert)  Commentaires : |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR LA DÉCLARATION** |
| Nom de la personne à rejoindre : Numéro de téléphone :  Date de la déclaration : aaaa-mm-jj |

|  |
| --- |
| **BILAN DE L’ÉCLOSION**  Compléter lorsqu’aucun nouveau cas n’est identifié pour 6 dépistages consécutifs faits de façon hebdomadaire. |
| Date de fin d’éclosion : aaaa-mm-jj  Nombre de cas à la fin de l’éclosion  Colonisés :  Infectés :  Décédés parmi les personnes infectées (liés ou non à l’infection) : |

**Veuillez transmettre ce formulaire rempli à la Direction de santé publique par courriel à l’adresse :** [03drsppostedegarde@ssss.gouv.qc.ca](mailto:03drsppostedegarde@ssss.gouv.qc.ca_)