|  |  |
| --- | --- |
| CIUSSS_Capitale_w3 | **SIGNALEMENT D’UN CAS SPORADIQUE****ENTÉROBACTÉRIE PRODUCTRICE DE CARBAPÉNÉMASES (EPC)****ou *ACINETOBACTER BAUMANII* MULTIRÉSISTANT** |

\*\*\* SITUATIONS À SIGNALER \*\*\*

Utiliser ce formulaire pour signaler à la Direction de santé publique :

* Les cas sporadiques, colonisés ou infectés, d’entérobactérie productrice de carbapénémases (EPC) ou d’*Acinetobacter* *baumanii* multirésistant;
* Les phénomènes en émergence.

|  |
| --- |
| 1. **Informations sur la déclaration**
 |
| Date de dépistage (aaaa/mm/jj): :       |
| Confirmation par : [ ]  LSPQ, date (aaaa/mm/jj) :       [ ] TAAN (PCR) [ ] Culture |
|  [ ]  Autre :       | date (aaaa/mm/jj) :       |
|  |
| 1. **Identification du cas**
 |
| Nom:       | Prénom :       |
| Date de naissance (aaaa/mm/jj) :      RAMQ :       | Sexe : [ ]  M [ ]  F [ ]  Autre Région administrative (domicile) :       |
| Adresse :       |
| Téléphone :       | Autre :       |
|  |  |
| 1. **Identification de la souche**
 |
| [ ]  Espèce d’entérobactérie :       |
| Mécanisme de résistance [ ]  KPC [ ]  VIM [ ]  NDM-1 [ ]  OXA-48 [ ]  Autre       |
| [ ]  *Acinetobacter baumanii* multirésistant |
| [ ]  Autre :       |
|  |  |
| 1. **Identification de l’établissement où a été effectué le prélèvement**
 |
| Nom de l’établissement :       Nom de l’installation :        |
| Adresse :       |
| Nom de l’unité ou de l’étage :       |
| Type d’installation : [ ]  Centre hospitalier (CH) |
|  | [ ]  Centre d’hébergement et de soins de longue durée public (CHSLD) |
|  | [ ]  Milieu d’hébergement et de soins de longue durée privé ou privé-conventionné |
|  | [ ]  Résidence privée pour aînés (RPA) |
|  | [ ]  RI (ressource intermédiaire) ou RI-SAPA (soutien à l’autonomie des personnes âgées) |
|  | [ ]  Autre (préciser) :       |
| Téléphone :       | poste :       |  |
| 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  |
|  | [ ]  Autre :       |
| Préciser le nom du milieu :       |
| Déjà connu porteur pour la même souche : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu Si oui, le cas était [ ]  colonisé [ ]  infecté |
|  Si oui, date du 1er prélèvement positif (aaaa/mm/jj) :       |
| Hospitalisation dans les derniers 12 mois : [ ]  Oui [ ]  Non Préciser si connu :       |
| Lien avec un cas déjà connu : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu Si oui, préciser le lien et le nom du cas :       |
| Lien avec une éclosion en cours : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu |
|  Si oui, nom de l’établissement (installation) et de l’unité ou de l’étage où a lieu l’éclosion :       |
| Acquisition hors RSS 03 : [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Inconnu |
| Si oui, région, province ou pays présumé ou connu d’acquisition :       |
| Le cas est présentement : |  |
| [ ]  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.* |
|  |
| **Évolution de l’état (à retourner chaque fois que la situation évolue)** |
| [ ]  Infecté [ ]  Détérioré [ ]  DécédéDate (aaaa/mm/jj) :       |
| Commentaires :  |
|  |
| **Formulaire rempli par :** |
| Nom :       | Fonction :       Établissement :       |
| Téléphone :       | Date (aaaa/mm/jj) :       |

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