|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | --- | | NO SI-GMI DU MILIEU (DSPub):  NO D’ÉCLOSION (DSPub) :  NOM DU MILIEU :    ADRESSE DU MILIEU :    No TÉLÉPHONE : | | |
| Signalement initial  Mise à jour  Bilan final | | | | | | | | | | |  | |
| Formulaire de signalement  Éclosion | | | | | | | | | | |  | |
| DATE | Année | | | | Mois | | | Jour | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| AGENT PATHOGÈNE EN CAUSE\*    Syndrome d'allure grippale (SAG)  Gastro-entérite  COVID-19  Autre :  Influenza :  Type A  Type B  Non typé  Inconnu ⮊ Symptômes :  A-H1N1  A-H3N2  Inconnu  *\*Pour déclaration éclosion BGNPC/ERV : utiliser formulaire du MSSS*  TYPE DE MILIEU  Scolaire  Service de garde  Commerce  Entreprise  RI-RNI/RTF CHSLD privé  Résidence privée pour aînés (RPA)  CIUSSS de l’Estrie – CHUS ⮊  CHSLD  CH  Autre :  Autre :  DONNÉES SUR LE MILIEU EN ÉCLOSION  Lieu(x) de l’éclosion (ex : classe, unité, étage, département) :  Nombre total d’unités/services/étages/groupes/départements affectés :  BILAN CUMULATIF DE L’ÉCLOSION   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | USAGERS | TRAVAILLEURS | | Nombre total de personnes malades :cas confirmé(s) |  |  | | Nombre total de personnes malades : cas probable(s) (ex. : SAG, PSI) |  |  | | Nombre total de personnes dans le milieu en éclosion |  |  | | Nombre de personnes hospitalisées  (en lien avec l’infection en cause) |  |  | | Nombre de personnes décédées  (en lien avec l’infection en cause) |  |  | | Nombre total de vaccinés dans le milieu en éclosion  (si vaccination existante pour l’infection déclarée) |  |  |     FDCU-SPU-018 | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DONNÉES SUR L’ÉCLOSION   |  |  | | --- | --- | |  | DATE  (année/mois/jour) | | Début des symptômes du premier cas |  | | Début d’application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) par le milieu |  | | Révision et recommandations des mesures PCI avec le responsable du milieu |  | | Mise en place des recommandations émises au milieu (si requis) |  | | Début des symptômes du dernier cas |  | | Fin des symptômes du dernier cas |  | | Fin de l’éclosion (2 x la période d’incubation de l’infection en cause) |  |   Nature des prélèvements positifs :  TAAN (PCR)  Test rapide  Culture  Inconnu  Prélèvement(s) en cours :  Non  Oui  Prophylaxie débuté :  Non   Oui ⮊ Date :  (année/mois/jour)  COMMENTAIRES  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    Signature de l’intervenant Nom en caractère d’imprimerie Titre/fonction  Veuillez transmettre ce formulaire complété à la Direction de santé publique par courriel à l’adresse :  [dspmadomci.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dspmadomci.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca) ou par télécopieur au numéro 819 564-5435 (confidentiel) |
| À L’USAGE DE L’ÉQUIPE SPÉCIALISÉE DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE  Date de réception (année/mois/jour) :  Calcul du taux d’attaque :  Éclosion majeure  Mortalité/létalité  Notes :    Formulaire saisi par :    Signature de l’intervenant Nom en caractère d’imprimerie Titre/fonction Date (année/mois/jour) |