|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |

|  |
| --- |
| 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 signalementÉclosion |  |
| 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 ÉCLOSIONLieu(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 [ ]  InconnuPrélèvement(s) en cours : [ ]  Non [ ]  OuiProphylaxie débuté : [ ]  Non  [ ]  Oui ⮊ Date :  (année/mois/jour)  COMMENTAIRES  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Signature de l’intervenant Nom en caractère d’imprimerie Titre/fonctionVeuillez transmettre ce formulaire complété à la Direction de santé publique par courriel à l’adresse : 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/létalitéNotes :  Formulaire saisi par :   Signature de l’intervenant Nom en caractère d’imprimerie Titre/fonction Date (année/mois/jour) |