

**Fiche de signalement d'un événement infectieux dans les établissements  
médico-sociaux**

**Événement infectieux à déclaration obligatoire, à risque épidémique  
et/ou médiatique ou à caractère rare/grave/ particulier  
En dehors d'épisodes de GEA ou d'IRA (fiches spécifiques)**

Cette fiche est à retourner sans délai au PFR à l'ARS de Bourgogne Franche-Comté  
par fax au 03 81 65 58 65 ou par mail à [ars-bfc-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars-bfc-alerte@ars.sante.fr)  
même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations demandées.

**Signalement**

Date du signalement (jj/mm/aaaa) : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

Personne responsable du signalement : Nom : \_\_\_\_\_ Fonction : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Etablissement**

Nom de l'établissement :

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_

Nom et n° de téléphone : directeur : \_\_\_\_\_  
médecin coordonnateur (le cas échéant) : \_\_\_\_\_  
personne référente en hygiène au sein de l'établissement : \_\_\_\_\_

Type d'établissement :  EHPAD  MAS  FAM  
 IEM et autres établissements et services pour enfants ou adolescents  
polyhandicapés  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Nombre de secteurs/unités dans l'établissement : \_\_\_\_\_ GMP (GIR moyen) : |\_|\_|\_|\_|

Nombre de résidents : |\_|\_|\_|\_| Nombre de personnels salariés : |\_|\_|\_|\_|

L'établissement est adossé à un établissement de santé  OUI  NON

Si oui, N° FINESS : \_\_\_\_\_

Nom intervenant EOH : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de l'expertise d'une IDE Hygiéniste de Territoire (IDEHT), via convention signée ?

OUI  NON Nom de l'IDEHT : \_\_\_\_\_

Date d'intervention : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|

Avez-vous contacté le CPIas BFC ?  OUI  NON

Si oui, précisez le nom de la ou des personne(s) contactée(s) : \_\_\_\_\_

### Description de l'épisode

Date du début des signes :

du premier cas (résident) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ du dernier cas (résident) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre total de secteurs/unités affectés : \_\_\_\_/\_\_\_\_

Description du tableau clinique :

Durée moyenne de la symptomatologie (heures/jours) : \_\_\_\_

Tableau des cas	Résidents	Membres du Personnel
Nombre de malades au total		
Nombre de malades hospitalisés		
Nombre de malades décédés		
Nombre de malades encore symptomatiques		

**En cas d'épidémie, merci de joindre la courbe épidémique et le tableau synoptique des cas.**

Recherche agents infectieux :  OUI  NON  EN COURS

Si résultats disponibles, préciser : \_\_\_\_\_

Si pas de recherche, un agent est-il suspecté sur des critères cliniques ou épidémiologiques?  OUI  NON

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Diagnostic (si connu) : \_\_\_\_\_

Traitement mis en route : \_\_\_\_\_

Mesures de contrôle  OUI  NON

Mesures de contrôle prises dans l'établissement	Oui	Date de mise en place
Respect des précautions standard	<input type="checkbox"/>	
Renforcement des mesures d'hygiène des mains avec un PHA	<input type="checkbox"/>	
Précautions complémentaires	<input type="checkbox"/>	
Renforcement de l'entretien des surfaces et locaux, précisez	<input type="checkbox"/>	
Limitation des déplacements des malades	<input type="checkbox"/>	
Arrêt ou limitation des activités collectives	<input type="checkbox"/>	
Mise à l'écart des soins du personnel malade	<input type="checkbox"/>	
Informations des visiteurs et intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/>	
Mesures sur les aliments (préparation, conservation ...)	<input type="checkbox"/>	
Autres mesures, (suspension des admissions, ...), précisez	<input type="checkbox"/>	

### Commentaires

Estimez-vous avoir besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode ?  OUI  NON

Aide attendue : \_\_\_\_\_

Si l'événement infectieux concerne une maladie à déclaration obligatoire, la fiche CERFA téléchargeable sur le site de Santé Publique France doit être adressée avec cette fiche par le clinicien ayant porté le diagnostic à l'ARS Bourgogne Franche-Comté.

