

**Fiche de signalement
d'un foyer de cas groupés de gastro-entérite aigüe (GEA)
en établissement médico-social (EMS)**

Cette fiche (feuillet 1 et 2) est à **retourner sans délai** à l'ARS de Bourgogne Franche-Comté **dès que l'épisode de cas groupés est identifié**, même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations demandées.

par mail : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr ou par fax : 03-81-65-58-65

Si vous avez déjà établi une **courbe épidémique**, merci de la **joindre**.

Si une origine alimentaire ou hydrique est suspectée, déclaration obligatoire de TIAC par la fiche CERFA que vous pouvez télécharger sur le site Santé publique France

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12211.do

La partie « bilan final à la clôture de l'épisode » (feuillet 3)
sera complétée et **retournée selon les mêmes modalités dès la fin de l'épisode**.

Critères de signalement : survenue d'au moins **5 cas de GEA** dans une **période de 4 jours** chez des **résidents**

Signalement

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

Personne responsable du signalement : Nom : _____ Fonction : _____

Tél : _____ E-mail : _____@_____

Établissement

Nom de l'établissement :

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

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** : |_|_|_|_|

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

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

Si oui, N° FINESS : _____

Nom de l'intervenant de l'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 ? OUI NON

Si oui, indiquez le nom de la ou des personne(s) contactée(s) : _____

Épisode de cas groupés de gastro-entérite aigüe (GEA)

Date du début des signes

du premier cas (résident) : ____/____/____ **du dernier cas (résident) :** ____/____/____

Bilan des cas	Résidents	Membres du Personnel
Nombre de malades		
Nombre de malades hospitalisés		
Nombre de malades décédés		

Nombre total de secteurs/unités avec des cas de GEA :

Tableau clinique	oui	non	Ne sait pas
+ de 50 % des malades présentent des vomissements			
+ de 50 % des malades présentent des diarrhées prédominantes			
Présence de cas avec diarrhée sanglante			
+ de 50 % des malades présentent une fièvre >38°C			
Autres signes, précisez :			

Recherche étiologique :

OUI NON EN COURS

Si oui, résultats : _____

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

Si oui, quel agent : _____

Merci de joindre la courbe épidémique obtenue à partir des feuilles de surveillance

Mesures de contrôle OUI NON

Mesures de contrôle prises dans l'établissement	Oui	Date de mise en place
Maintien du résident en chambre individuelle ou regroupement des résidents	<input type="checkbox"/>	
Renforcement des mesures d'hygiène des mains avec un PHA norovirucide	<input type="checkbox"/>	
Précautions complémentaires de type contact	<input type="checkbox"/>	
Limitation des déplacements des malades	<input type="checkbox"/>	
Arrêt ou limitation des activités collectives	<input type="checkbox"/>	
Mise à l'écart du personnel malade pour soins et/ou préparation repas	<input type="checkbox"/>	
Informations des visiteurs et intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/>	
Renforcement de l'entretien des surfaces et locaux :		
- Nettoyage classique	<input type="checkbox"/>	
- Bionettoyage des surfaces et locaux avec désinfectant norovirucide	<input type="checkbox"/>	
Mesures sur les aliments (préparation, conservation, distribution, etc.)	<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 : _____

Bilan final à la clôture de l'épisode de cas groupés de GEA fait le : []/[]/[]

Ce feuillet est à compléter dans les 10 jours suivant le dernier cas et à retourner
à l'ARS de Bourgogne Franche Comté
par mail : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr ou par fax : 03-81-65-58-65

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Code postal : []/[]/[] Commune : _____

Date du premier cas : []/[]/[] Date du dernier cas : []/[]/[]

Bilan définitif des cas	Résidents	Membres du Personnel
Nombre de malades au total		
Nombre de malades hospitalisés		
Nombre de malades décédés		

Durée moyenne de la maladie chez les cas : _____ jours

Résultats des recherches étiologiques : _____

Problèmes rencontrés par la structure : Matériel Personnel
 Financier Organisationnel
 Autre, précisez : _____

Avez-vous reçu un appui pour l'investigation ou la gestion de cet épisode : OUI NON

Si oui, précisez : CPias BFC
 ARS BFC
 CIRE
 Réseau IDEHT - EMHT
 Autre, précisez : _____

Commentaires : _____

Merci de joindre également la courbe épidémique finale obtenue à partir des feuilles de surveillance