**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**

**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, préciser : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_

**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 | 🖵 |  |
| Renforcement des mesures d'hygiène des mains avec un PHA | 🖵 |  |
| Précautions complémentaires | 🖵 |  |
| Renforcement de l’entretien des surfaces et locaux, précisez | 🖵 |  |
| Limitation des déplacements des malades | 🖵 |  |
| Arrêt ou limitation des activités collectives | 🖵 |  |
| Mise à l'écart des soins du personnel malade  | 🖵 |  |
| Informations des visiteurs et intervenants extérieurs  | 🖵 |  |
| Mesures sur les aliments (préparation, conservation ...) | 🖵 |  |
| Autres mesures, (suspension des admissions, ...), précisez | 🖵 |  |
|  |  |  |

**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.**

**Bilan final à la clôture de l’épisode 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

 🖵 Autre, précisez : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Commentaires :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

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