

- Signalement initial** (remplir les sections A-C-D, E au besoin)
 Mise à jour (remplir les sections B-C-D, E au besoin)
 Bilan final (remplir les sections B-C-D)

PRÉCISIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

- Pour les hôpitaux, remplir un nouveau formulaire pour chaque nouvelle unité touchée.
- Pour les CHSLD, pour chaque nouvelle unité touchée après le signalement initial, nous faire parvenir une mise à jour.
- **Mise à jour** de la situation d'écllosion, sauf si écllosion majeure, doit être communiquée à la DSPu **14 jours** suivant le signalement.
- Retourner le **bilan final** au terme de l'écllosion, soit **10 jours** après le début des symptômes du dernier cas.

A. SIGNALEMENT INITIAL

Date du signalement _____ (A/M/J)
 Nom de l'installation _____
 Adresse _____
 _____ Code postal _____
 Type d'installation CHSLD public CHSLD privé conventionné
 Hôpital CHSLD privé non-conventionné
 Territoire de RLS _____ CISSS _____
 Complété par _____ Titre _____
 Téléphone _____ Poste _____ Télécopieur _____

B. MISE À JOUR ET BILAN FINAL

Date de suivi _____ (A/M/J) Nom de l'installation _____
 Complété par _____ Titre _____
 Téléphone _____ Poste _____

C. ÉCLOSION

Date de début des symptômes du **1^{er} cas** _____ (A/M/J)
 Date de début des symptômes du **2^e cas** _____ (A/M/J)
 Date de début des symptômes du **dernier** cas _____ (A/M/J)
 Date de fin de l'écllosion _____ (A/M/J)
 (10 jours après le début des symptômes du dernier cas)
 Type d'influenza confirmé : Type A⁴⁸ Type B⁴⁹ Non typé ⁶⁶⁶⁶ Inconnu ⁹⁹⁹⁹ PCR demandé
 Sous-type d'influenza H1N1¹⁰⁰ H3³ Inconnu ¹⁰⁰¹ Autre

D. ÉVOLUTION DE LA SITUATION

Nb total d'unités dans l'installation : _____

- La date de début d'écllosion est la date de début des symptômes du **2^e cas**.

	Nom des unités en écloision	Date de début d'écllosion (A/M/J)	Date de mise en place des mesures de gestion d'écllosion (A/M/J)	Nb total d'usagers sur l'unité touchée	Nb total d'usagers vaccinés sur l'unité touchée	Nb total de cas de SAG (excluant PCR et test rapide) ¹	Nb total de cas (confirmés) ¹		Nb total de cas (SAG+ confirmés)	Date de fin d'écllosion (A/M/J) ²
							TAAN (PCR)	Test rapide		
USAGERS										
	TOTAL									

COMPLICATIONS

Nb total de cas (confirmés ou SAG) hospitalisés pour cause de grippe (CHSLD seulement) _____ Nb total de cas (confirmés ou SAG) décédés peu importe la cause _____

Antiviraux en prophylaxie Non Oui _____ (A/M/J) Unité (s) _____

Y a-t-il eu de nouveaux cas 72 heures après le début de la prophylaxie? Non Oui, communiquer avec la DSPu

¹ Attention, ne compter les usagers qu'une seule fois (SAG ou cas confirmé par PCR ou confirmé par test rapide)

² 10 jours après le début des symptômes du **dernier** cas

TRAVAILLEURS	Nb total de travailleurs de la santé dans l'installation _____	Nb total de travailleurs de la santé vaccinés dans l'installation avant l'écllosion _____
	Nb de cas de SAG (excluant PCR et test rapide) _____	
	Nb de cas confirmés par TAAN (PCR) _____	Antiviraux en prophylaxie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Nb de cas confirmés par test rapide _____	_____ (A/M/J)
	Nb total de cas (SAG + cas confirmés) _____	
	Y a-t-il eu de nouveaux cas 72 heures après le début de la prophylaxie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, communiquer avec la DSPu	

E. ÉCLOSION MAJEURE - Aviser la DSPu dans les plus brefs délais (si 2^e unité touchée, remplir un 2^e formulaire)

Une écloision de grippe nosocomiale est considérée majeure en présence de l'une des conditions :

- gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité);
- taux d'attaque ou incidence élevés de cas nosocomiaux parmi les usagers de l'unité qui se traduit par :
 - un taux cumulatif $\geq 20\%$ le jour de la mise en place des mesures de gestion d'écllosion (J1);
 - un taux quotidien $\geq 5\%$ à partir du jour 4 de l'écllosion, c.-à-d. 3 jours après la mise en place des mesures de gestion d'écllosion, ce qui traduit la survenue de plusieurs nouveaux cas malgré l'application rigoureuse de toutes les mesures de prévention et contrôle recommandées.

Nom de l'unité		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
	Date							
	Nombre de cas							
	Dénominateur ³							
	Taux d'attaque / taux d'incidence (%)							

³ Hôpital : le dénominateur correspond au nombre d'usagers présents sur l'unité

CHSLD : le dénominateur correspond au nombre d'usagers présents sur l'unité auquel on soustrait les usagers atteints de grippe

F. À L'USAGE DE LA DSPu

Formulaire validé par _____ Date _____ (A/M/J)

Saisie faite par _____ Date _____ (A/M/J)