

DÉCLARATION D'ÉCLOSION D'ENTÉROCOQUES RÉSISTANTS À LA VANCOMYCINE (ERV)

DÉFINITION D'UNE ÉCLOSION CONFIRMÉE D'ERV

Survenue dans un même établissement de soins, d'au moins deux nouveaux cas nosocomiaux de colonisation ou d'infection à entérocoques résistants à la vancomycine, en lien épidémiologique, d'espèces identiques et, lorsque l'analyse en laboratoire est disponible, de gènes de résistance identique (MSSS, 2015).

A. Identification	
Nom de l'installation : _____	
Adresse : _____	
Territoire de RLS : _____	CISSS : _____
Type d'installation :	<input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CHSLD public <input type="checkbox"/> CHSLD privé conventionné <input type="checkbox"/> CHSLD privé non conventionné
Date de déclaration : _____ (AAAA/MM/JJ)	
Complété par : _____	Titre : _____
Téléphone : _____	Poste : _____
	Télécopieur : _____
B. Éclosion confirmée	
Unité touchée par l'éclosion : _____	
Date de début de l'éclosion :	
<input type="checkbox"/> Correspond à la date d'admission sur l'unité du premier cas d'ERV d'acquisition nosocomiale qui a été découvert, ou date de son dernier dépistage négatif.	_____ (AAAA/MM/JJ)
OU	
<input type="checkbox"/> En présence d'au moins 1 cas d'ERV sur l'unité, correspond à la date du dernier dépistage d'unité où aucun nouveau cas n'a été identifié, avant la découverte du premier cas d'ERV d'acquisition nosocomiale.	_____ (AAAA/MM/JJ)
Pour un total de _____ cas d'ERV d'acquisition nosocomiale	
Nb	
Souche : <input type="checkbox"/> <i>E. faecalis</i> <input type="checkbox"/> <i>E. faecium</i> <input type="checkbox"/> Inconnu Phénotype : <input type="checkbox"/> Van A <input type="checkbox"/> Van B <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autre	
S'agit-il de cas : <input type="checkbox"/> Colonisés Nombre : _____ <input type="checkbox"/> Infectés Nombre : _____	

C. Interventions spécifiques liées au contrôle de l'éclosion (s'applique uniquement aux soins de courte durée)

****Cochez seulement les activités réalisées ou planifiées et indiquez la date**

Prise en charge des contacts

Dépistage pour recherche d'ERV chez les contacts étroits et élargis encore hospitalisés

(Si contact avec nouveau porteur il y a 48 h ou moins : dépistages aux jours 3-7-14; si contact il y a plus de 48 h : jours 0-7-14)

- Patients qui partagent la même chambre ou la même toilette (contacts étroits)
- Patients ayant occupé la chambre >24 heures avant le cas confirmé ou ayant partagé la même toilette (contacts étroits)
- Tous les patients présents sur l'unité en éclosion (contacts élargis)
- Au congé, pour les contacts étroits et élargis qui n'ont pas eu leurs dépistages des jours 7 et 14

Activité de dépistage débutée le : _____ **(AAAA/MM/JJ)**

Précautions additionnelles contre la transmission par contact pour les contacts étroits en attente du résultat du dépistage d'ERV (N.B. Il n'est pas nécessaire d'isoler les contacts élargis en attente des résultats de dépistage)

Mesures chez les contacts ayant reçu leur congé

- Alerte au dossier des contacts étroits ayant reçu leur congé avant d'avoir eu 3 dépistages négatifs, afin de procéder au dépistage et à l'isolement de ceux-ci, en attente des résultats de dépistage lors d'une admission subséquente (selon les procédures locales)
- Avis aux établissements receveurs d'un patient, porteur ou non, des résultats de dépistages réalisés pour ce patient qui a séjourné sur une unité en éclosion et qui doit être transféré dans un autre établissement de soins

Autres mesures

Activité réalisée en date du :

- Dépistage hebdomadaire de tous les patients présents sur l'unité en éclosion _____ **(AAAA/MM/JJ)**
- Augmenter la fréquence de nettoyage/désinfection des surfaces « High Touch » et la toilette des chambres des patients porteurs _____ **(AAAA/MM/JJ)**
- Augmenter la fréquence de nettoyage/désinfection des surfaces « High Touch » des aires communes, des toilettes de l'unité, et l'équipement partagé de l'unité _____ **(AAAA/MM/JJ)**
- Rappel ou formation au personnel de l'unité touchée _____ **(AAAA/MM/JJ)**
- Regroupement des patients connus ERV (cohorte). Si oui, spécifiez l'unité : _____ **(AAAA/MM/JJ)**
 Cohorte de contacts Matériel dédié Personnel dédié
- Audits d'hygiène des mains _____ **(AAAA/MM/JJ)**
- Audits d'hygiène et salubrité _____ **(AAAA/MM/JJ)**
- Autres interventions Précisez : _____

Commentaires : _____

À l'usage de la DSPu

Date de réception : _____ **(AAAA/MM/JJ)** **Par :** _____
 Date envoi du courriel de confirmation : _____ **(AAAA/MM/JJ)** **Par :** _____
 Date envoi du courriel au MSSS : _____ **(AAAA/MM/JJ)** **Par :** _____

**Acheminer à la DSPu ce formulaire dûment complété par courriel ou par télécopieur
Télécopieur : 450 928-3023 Adresse courriel : equipe.noso.agence16@ssss.gouv.qc.ca**