**\*\*\*DÉFINITION NOSOLOGIQUE\*\*\***

**Isolement de *Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine dont la concentration minimale inhibitrice (CMI) est égale ou supérieure à 4 μg/ml.**

|  |
| --- |
| **A. Identification** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’installation :** |  |  **MADO : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Adresse :** |  |  |
|  |  |  |
| **Nom du CSSS :** |  |  |
|  |  |
| **Type d’installation :** | **[ ]  Hôpital** | **[ ]  RNI** |  |  |
|  | **[ ]  CH public** | **[ ]  Résidence privée pour ainés** |
|  | **[ ]  CH privé conv.** | **[ ]  Autres :** |  |
|  | **[ ]  CH privé non conv.** |
|  |
| **Date de signalement :** | **/       /** | **(A/M/J)** |  |
|  |
| **Complété par :** |  |  |  | **Titre :** |  |
| **Téléphone :** |  | **Poste :** |  | **Télécopieur :** |  |

 |
|  |
| **B. Identification du cas** |
| **Nom :** |       |  | **Prénom :** |       |  | **N. A. M :** |       |  |
|  | **Naissance / usuel** |  |  |  |
|  |
| **Date de naissance :** | **/** **/**  | **(A/M/J)** |  | **Sexe :** | [ ]  M | [ ]  F |  |
|  |
| **Adresse :** |       |  |
|  |       |  |
|  |       |  |
|  |
| **Téléphone(s) :** | **(Domicile) :** |  |  | **(Autre) :** |       |  |
|  |
| **ACQUIS HORS QUÉBEC ?** |  |
| [ ]  Non | [ ]  Oui Pays ou continent d’exposition : |       |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **C. Informations sur le cas** |
| **Date d’admission du cas colonisé ou infecté par le SARV/SARIV :** | **/       /** | **(A/M/J)** |  |
| **Unité :** |       |  |  |  |  |
|  |
| **Le patient était déjà sous précautions additionnelles au moment de la découverte du SARV/SARIV** |
| [ ]  **Non** | [ ]  **Oui** | **Type :** |       | **Depuis :** | **/       /** | **(A/M/J)** |  |
|  **Date de la mise en place des mesures de contrôle :** | **/       /** | **(A/M/J)** |
| **Découverte de l’état porteur du cas** | **Date du prélèvement :** | **/       /** | **(A/M/J)** |  |
| [ ]  **Dépistage** |
|  [ ]  | À l’admission/réadmission d’un patient connu porteur ou ayant des antécédents d’infection à SARM ou à SARV/SARIV. |
|  [ ]  | D’un patient en provenance d’un CH situé hors Canada (admis pour plus de 24 h, dans la dernière année). |
|  [ ]  | D’un patient en provenance d’un hôpital aux prises avec une éclosion de SARV/SARIV (admis pour plus de 24 h). |
|  [ ]  | D’un patient partageant la même chambre qu’un porteur de SARV/SARIV nouvellement détecté. |
|  |
|  **Site du dépistage :** | [ ]  Narines | [ ]  Stomie | [ ]  Plaie cutanée | [ ]  Autre : |       |  |
|  |
| **OU** |
|  |
| [ ]  **Spécimen clinique** |  | Site : |       |  |
|  |
| **Statut du cas :** | [ ]  Colonisé |  | [ ]  Infecté |  |
|  |
|  |
| **Concentration minimale inhibitrice (CMI) de la souche de Staphylocoque aureus :** |       | **μg/ml** |  |
| **Envoi de la souche au LSPQ :** | [ ]  Non | [ ]  Oui | Date : | **/       /** | (A/M/J) |
|  |
| **ACQUIS HORS QUÉBEC**? [ ]  Non [ ]  Oui **Lieu probable d’acquisition selon l’étude du dossier (unité, hôpital, pays, etc.)** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Complications** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Évolution :** | [ ]  Récupération | [ ]  Admission USI | [ ]  Décès | [ ]  Inconnu |  |  |
|  |

**Acheminer à la DSP ce formulaire dûment complété par courriel ou par télécopieur**

**Télécopieur : 450 928-3023 Adresse courriel : equipe.noso.agence16@ssss.gouv.qc.ca**