

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT D'ÉCLOSION DE DIARRHÉE ASSOCIÉE AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (DACD)

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 signalement : _____ (AAAA-MM-JJ)								
Complété par : _____ Titre : _____								
Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____								
B. Éclosion								
Définition : augmentation inhabituelle du nombre de cas de DACD pendant une période définie dans un centre hospitalier ou une unité de soins déterminée.								
Unité touchée par l'éclosion : _____								
Date de début de l'éclosion : _____ (AAAA-MM-JJ)								
Souche : <input type="checkbox"/> NAP1 <input type="checkbox"/> Autre souche								
DESCRIPTION DES CAS AU MOMENT DU SIGNALEMENT								
No	Âge du patient/résident	Date de début des symptômes (AAAA-MM-JJ)	Date de prélèvement (AAAA-MM-JJ)	Lieu probable d'acquisition	Complications (Cocher une ou plusieurs colonnes si applicable)			
					Admission aux soins intensifs	Colectomie	Décès ≤ 10 jours	Décès 11-30 jours
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour un total de _____ cas de DACD d'acquisition nosocomiale sur une période de _____ jours.								
Nb					Nb			

