

SIGNALEMENT D'UNE ÉCLOSION ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASÉS (EPC)

A. Identification

Nom de l'installation : _____ CISSS : _____

Type d'installation : Hôpital CHSLD Autre : _____

Date de signalement : _____ (AA/MM/JJ)

Complété par : _____ Titre : _____

Téléphone : _____ Poste : _____

B. Signalement d'une éclosion

DÉFINITION D'UNE ÉCLOSION D'EPC

- Survenue de 2 nouveaux cas colonisés ou infectés (mêmes gènes de résistance même si bactéries différentes) acquis de façon nosocomiale dans l'installation et reliés épidémiologiquement (temps, lieu ou personnes).

DÉFINITION D'UNE ÉCLOSION MAJEURE D'EPC

- Trois nouveaux cas ou plus d'EPC colonisés ou infectés (mêmes gènes de résistance même si bactéries différentes), acquis de façon nosocomiale et reliés épidémiologiquement (temps, lieu ou personnes) dans une période de 4 semaines; OU
- Éclosion qui persiste dans le temps, transmission active documentée sur une période de huit à douze semaines malgré l'application des mesures de contrôle d'une éclosion.

COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC. Mesures de prévention et de contrôle des entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de soins aigus, INSPQ, 2018.

Date du début de l'éclosion (correspond à la date du dépistage du 1^{er} cas) : _____

Gène producteur de carbapénémases : KPC NDM-1 IMP VIM GES SME
 OXA-23 OXA-48 IMI/NMC Autre : _____

Unité touchée : _____ Nombre de cas total : _____ Colonisés : _____ Infectés : _____

Éclosion majeure

C. Interventions spécifiques liées à l'éclosion

** Cocher seulement les activités réalisées ou planifiées et indiquer leur date de mise en place

Mesures générales

- Formation d'un comité de gestion d'éclosion sur l'unité touchée. _____ (AA/MM/JJ)
Fréquence prévue des rencontres : _____
- Mesures additionnelles en hygiène et salubrité. _____ (AA/MM/JJ)
- Rappel ou formation au personnel de l'unité sur les mesures à appliquer. _____ (AA/MM/JJ)
- Regroupement géographique (cohorte) des usagers porteurs. Si oui, spécifiez l'unité : _____
 Cohorte de contacts Matériel dédié Personnel dédié _____ (AA/MM/JJ)

Identification des contacts

- Contacts étroits (usagers qui partagent ou ont partagé en même temps pendant plus de 24 heures la même chambre ou la même toilette qu'un cas d'EPC). _____ (AA/MM/JJ)
- Contacts élargis (usagers qui ont séjourné plus de 24h sur la même unité qu'un cas non isolé). _____ (AA/MM/JJ)
- Contacts ayant eu des soins avec le même personnel, si une transmission via ce personnel est suspectée (CHSLD seulement). _____ (AA/MM/JJ)

Dépistage

- Dépistage hebdomadaire de l'unité en éclosion jusqu'à un minimum de 6 semaines suivant l'identification du dernier cas confirmé (jusqu'à 12 semaines si éclosion majeure). _____ (AA/MM/JJ)
- Dépistage aux jours 0, 7 et 14 suivant le contact pour les usagers transférés sur une autre unité. _____ (AA/MM/JJ)
- Dépistage à l'admission et au départ d'une unité en éclosion. _____ (AA/MM/JJ)

SIGNALEMENT D'UNE ÉCLOSION ENTÉROBACTÉRIES PRODUCTRICES DE CARBAPÉNÉMASÉS (EPC)

Précautions additionnelles contre la transmission par contact (minimalement au lit)

- Usagers porteurs d'EPC. _____ (AA/MM/JJ)
- Contacts étroits jusqu'à l'obtention de trois résultats négatifs consécutifs (0-7-14). _____ (AA/MM/JJ)
- Contacts élargis qui ont été transférés sur une autre unité jusqu'à l'obtention de trois résultats négatifs consécutifs (0-7-14). _____ (AA/MM/JJ)

Mesures chez l'utilisateur porteur et les contacts ayant reçu leur congé

- Alerte au dossier de l'utilisateur porteur et des contacts étroits et élargis ayant quitté.
- Avis à l'établissement receveur lorsqu'un usager porteur ou un contact est transféré.

Audits

- Audits sur l'hygiène des mains sur une base régulière. Fréquence _____
- Audits sur le respect des précautions additionnelles sur une base régulière. Fréquence _____
- Audits liés à la qualité d'interventions de nettoyage et de désinfection de l'environnement. Fréquence _____

Autres interventions

Commentaires

D. À l'usage de la DSPu

Date de réception : _____ (AA/MM/JJ) Par : _____

Date envoi du courriel de confirmation : _____ (AA/MM/JJ) Par : _____

Date envoi du courriel à la DVS : _____ (AA/MM/JJ) Par : _____

Acheminer à la DSPu ce formulaire dûment complété par courriel à l'adresse suivante :
equipe.noso.agence16@ssss.gouv.qc.ca