

VEUILLEZ COCHER :

Déclaration d'éclosion

Mise à jour de l'éclosion

Bilan final de l'éclosion

VEUILLEZ COMPLÉTER :

Nom du milieu* :

Complété par * :

Type de milieu* :

Unité touchée* :

Date* :

Autre* :

PRÉCISIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

*Données obligatoires à inscrire lors d'une déclaration, mise à jour ou bilan final

- Lors de la **déclaration**, retourner le formulaire **en complétant les sections A, B, C et D.**
- La **mise à jour** de l'éclosion doit être communiquée à la Direction de santé publique **14 jours** suivant la déclaration. Retourner le formulaire **en mettant à jour les sections C et D.**
- Retourner un **bilan final** au terme de l'éclosion, **en mettant à jour les sections C et D et en complétant la section F.**
- Pour les CHSLD et CH : Dès la survenue d'une éclosion majeure ou avec symptômes de gravité, compléter la **section E.**

A. IDENTIFICATION DU MILIEU

Adresse :

Téléphone :

Nom de la personne responsable de la gestion de l'éclosion ou intervenant du CISSS :

Courriel :

CISSS :

Territoire RLS :

Nombre **total** de lits occupés sur l'unité touchée :

B. DÉCLARATION D'ÉCLOSION

Veillez utiliser un formulaire de déclaration différent pour chaque nouvelle unité touchée.

Définition : Présence de symptômes gastro-intestinaux d'étiologie infectieuse chez au moins deux usagers en moins de 48 heures et ayant un lien épidémiologique entre eux.

Date de début des symptômes du 1^{er} cas :					
Date de mise en place des mesures de prévention et contrôle des infections :					
Tableau clinique : Début soudain des symptômes					
Symptômes :	Nausées	Vomissements	Diarrhées	Fièvre	Sang dans les selles
Durée moyenne des symptômes :	12 à 60 heures		> 60 heures		
Tests COVID faits :	Oui	Non	Si non, expliquer :		

C. USAGERS /RÉSIDENTS

<p>Depuis le début de l'écllosion, nombre total :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'usagers/résidents symptomatiques qui répondent à la définition d'un cas suspect: • D'hospitalisations chez les cas reliés à l'écllosion, peu importe la cause et excluant les hôpitaux: • De décès chez les cas reliés à l'écllosion, peu importe la cause : • De spécimens prélevés pour recherche virale : • De spécimens positifs pour le Norovirus :

D. TRAVAILLEURS

<p>Depuis le début de l'écllosion, nombre total :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De travailleurs symptomatiques : • Parmi les travailleurs malades, est-ce qu'il y a des manipulateurs d'aliments (cuisine) : Oui Non
--

**E. ÉCLOSION MAJEURE OU AVEC SYMPTÔMES DE GRAVITÉ (POUR LES HÔPITAUX ET CHSLD SEULEMENT).
AVISER LA DSPu DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS**

Une éclosion de gastroentérite infectieuse d'allure virale nosocomiale est considérée majeure en présence de l'une de ces conditions :

Veillez compléter la [Feuille de calcul](#) de l'INSPQ (taux d'attaque ou incidence selon le milieu) et nous la transmettre avec le formulaire.

F. FIN D'ÉCLOSION

Date de **fin** des symptômes du dernier cas :

Date de fin d'éclosion :
(96 heures après la fin des symptômes du dernier cas)

À L'USAGE DE LA DSPu

Formulaire validé par :

Date :

Acheminer ce formulaire dûment complété par courriel : equipe.noso.agence16@ssss.gouv.qc.ca