|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. Identification** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom de l’installation :** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **CISSS :** | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Type d’installation :** | | | | | | | | **Hôpital** | | | | | | | | **CHSLD** | | | | | | | **Autre :** | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date de signalement :** | | | | | | | **/** **/** | | | | | | | | | **(A/M/J)** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Complété par :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Titre :** | | | | | |  | | | | |  | |
| **Téléphone :** | | | |  | | | | | | | | **Poste :** | | |  | | | | | | | | **Télécopieur :** | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. Signalement d’un nouveau cas (veuillez remplir également la section D)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom :** |  | | | | | | | | | | **Prénom** : | | | | |  | | | | | | | | | | **N.A.M.** | | |  | | | | |  | |
| **Date de naissance :** | | | | | | | | | **/       /** | | | | | | | **(A/M/J)** | | |  | | | **Sexe :**  **M  F** | | | | | | | | | | | |  | |
| **Date de prélèvement :** | | | | | | | | | **/       /** | | | | | | | **(A/M/J)** | |  | | | | **Date d’admission :** | | | | | | | **/       /** | | | | |  | |
| **Lieu de prélèvement :** Centre hospitalier  CHSLD  Externe Préciser : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| **Site de prélèvement :** Sang  Urine  Écouvillonnage rectal / selles  Site chirurgical / plaie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expectoration / spécimen endotrachéal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Autre : | | |  | | | | |  | |
| **Raison de collecte du spécimen :**  Dépistage à l’admission  Connu porteur  Spécimen clinique  Contact étroit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contact de cas / investigation d’éclosion  Enquête de prévalence  Contact élargi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dépistage d’unité  Externe/soins ambulatoires (ex. hémodialyse, CLSC) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autre : | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Diagnostic :** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Statut du cas :**  Colonisé  Infecté | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Complication :** | | | | |  | | | | | | | | |  | | **Décès (si oui, date) :** | | | | | | | | | **/       /** | | | | | | | | **(A/M/J)** | |  |
| **Facteurs de risque d’acquisition (cocher un ou plusieurs si nécessaire)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transfert directement d’un établissement de soins hors Québec. Préciser : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| Hospitalisation ou séjour ≥ 24 heures **dans la dernière année** dans un  établissement de soins hors Québec. Préciser : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| Usager transféré directement d’un établissement de soins du Québec avec  éclosion active. Préciser : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| Hospitalisation ou séjour ≥ 24 heures **dans la dernière année** dans un  établissement de soins du Québec connu pour éclosion (avis BMR) Préciser : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| Hospitalisation antérieure dans votre établissement. Préciser : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |
| Autre : | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Préciser le lieu probable d’acquisition selon l’étude du dossier (ex. unité, autre hôpital, voyage, etc.) :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **Lieu d’acquisition avisé (milieu de soins):  Oui  Non** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| **Précautions additionnelles mises en place à l’admission du cas :  Oui  Non Date :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| **C. Signalement d’une éclosion (compléter également la section D)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DÉFINITION D’UNE ÉCLOSION**   * **Survenue de 2 nouveaux cas nosocomiaux, colonisés ou infectés, reliés épidémiologiquement.** * **La survenue d’un cas, colonisé ou infecté, chez un usager non isolé doit laisser suspecter une éclosion. Un état d’alerte doit être instauré et les mesures décrites pour un contexte d’éclosion doivent être appliquées.**   (COMITÉ SUR LES INFECTIONS NOSOCOMIALES DU QUÉBEC. Mesures de prévention et de contrôles des bacilles à Gram négatif multirésistants autres que les entérobactéries productrices de carbapénémases dans les milieux de de soins aigues, INSPQ,2018) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Unité touchée :** | | | | | |  | | | | | | | **Nombre de cas :** | | | | | | | |  | | | **Colonisés** | | | |  | | **Infectés** | |  | |  | |
| **Acquis sur combien de jours :** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date de la mise en place des mesures de contrôle :** | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | | | | | | | | | **(A/M/J)** | | | | | | | |  | |
| Compléter ce formulaire pour les **3 premiers nouveaux cas.** A partir du 4e cas, contacter la DSPu pour convenir d’une modalité de communication. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D. Interventions spécifiques liées à la découverte d’un nouveau cas ou d’une éclosion** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*\* Cocher seulement les activités réalisées ou planifiées et indiquer la date** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| **Dépistage des contacts aux jours 0, 7 et 14** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contacts étroits (usager ayant séjourné plus de 24 h. dans la même chambre qu’un cas confirmé non isolé). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
| Contacts élargis (usagers qui ont séjourné plus de 24 h. sur la même unité, incluant les usagers ayant  partagé une salle de bain, avec un cas confirmé non isolé). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
| Contacts ayant eu des soins avec les mêmes travailleurs de la santé, si une transmission via ce personnel est  suspectée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
| **Autres activités de dépistage** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dépistage hebdomadaire de l’unité où séjourne un usager porteur jusqu’à un minimum de 4 semaines après  son départ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
| Dépistage hebdomadaire de l’unité en éclosion jusqu’à un minimum de 4 semaines suivant le départ du  Dernier cas confirmé | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
| Dépistage à l’admission et au départ d’une unité en éclosion. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
| **Précautions additionnelles contre la transmission par contact (minimalement au lit)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contacts étroits en attendant les résultats de dépistage. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
| Contacts élargis qui ont été transférés sur une autre unité en attendant les résultats de dépistage | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
| Regroupement géographique des usagers porteurs avec travailleurs de la santé réservés. Indiquer l’unité : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| **Mesures chez l’usager porteur et les contacts ayant reçu leur congé** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alerte au dossier de l’usager porteur et des contacts étroits et élargis ayant quitté. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
| Avis à l’établissement receveur lorsqu’un usager porteur ou un contact est transféré. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **/       /** | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| **E. À l’usage de la DSP** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date de réception** | | | | | | | | | | **/       /** | | | | | | | | | | **(A/M/J)** | | | | | | **Par :** | |  | | | | | |  | |
| **Envoi du courriel au DVS** | | | | | | | | | | **/       /** | | | | | | | | | | **(A/M/J)** | | | | | | **Par :** | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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**](mailto:equipe.noso.agence16@ssss.gouv.qc.ca)