

# Signalement ou déclaration d'éclosion à staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)

**Les situations d'éclosion suivantes doivent être déclarées à la Direction de santé publique de la Montérégie.** (Veuillez cocher la situation concernée) :

- Pour les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, survenue de deux nouveaux cas nosocomiaux relié épidémiologiquement;
- Présence, dans un même établissement de soins de longue durée, de deux nouveaux cas d'une infection grave causée par la même souche de SARM transmise en milieu de soins et nécessitant une chirurgie ou une antibiothérapie intraveineuse d'une durée de plus de 14 jours. La transmission doit survenir à l'intérieur de 1 mois (définition de la MAD0).

## A. Identification

Nom de l'installation :

Adresse :

|         |                             |                  |                                       |   |
|---------|-----------------------------|------------------|---------------------------------------|---|
| CISSS : | <input type="checkbox"/> MC | Type             | <input type="checkbox"/> Hôpital      | <input type="checkbox"/> RI-SAPA                  |
|         | <input type="checkbox"/> ME | d'installation : | <input type="checkbox"/> CHSLD public | <input type="checkbox"/> RPA avec unités de soins |
|         | <input type="checkbox"/> MO |                  | <input type="checkbox"/> CHSLD privé  | <input type="checkbox"/> Autre :                  |

Date de déclaration (aaaa/mm/jj):

Complété par :

Titre :

Téléphone :

Poste :

Courriel :

## B. Éclosion

Unité touchée par l'éclosion :

Date de prélèvement positif du premier cas (aaaa/mm/jj):

Date de prélèvement positif du deuxième cas (aaaa/mm/jj):

Nombre total de nouveau cas :

Nombre total de cas infectés :

## C. Fin d'éclosion

*\*Lorsqu'aucun nouveau cas n'a été découvert pendant un minimum de quatre semaines consécutives, suivant l'identification du dernier cas confirmé.*

Date du prélèvement positif du dernier cas (aaaa/mm/jj):

Date de fin d'éclosion (aaaa/mm/jj):

Nombre total de cas depuis le début de l'éclosion :

Nombre total de cas infectés depuis le début de l'éclosion :

## À l'usage de la DSP

Par :

Date de réception (aaaa/mm/jj):

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

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