

Fiche réflexe – Ouverture d'un épisode de cas groupés d'IRA, incluant la COVID-19

Episode IRA,
COVID-19
inclus

Ce questionnaire est à remplir une seule fois - une astérisque rouge signifie que la donnée doit être impérativement renseignée

Une fois connecté au portail national des signalements :

1/Renseignements sur le déclarant et les établissements

Informations sur le déclarant

Catégorie * :

Profession :

Nom * :

Prénom :

Téléphone * : votre numéro sans espace : 01XXXXXXXX

Adresse électronique * : le courriel permettra de vous envoyer l'accusé de réception de votre déclaration

Fax :

Département de survenue * :

Nom de l'établissement ou de l'organisme * : Le nom doit être renseigné en toutes lettres (pas de sigle, ni d'abréviation) et sans apostrophe. Si besoin, ajoutez la commune ou le code postal

N° FINESS géographique de l'établissement * : veuillez sélectionner obligatoirement le nom de l'établissement dans le champ ci-dessus, le N° FINESS géographique sera alors automatiquement renseigné

Veillez choisir Etablissement Médico-social dans la catégorie d'établissement.

Renseignez le nom de l'établissement **en toutes lettres** et si besoin ajoutez la commune ou le code postal. Le numéro finess géographique va être automatiquement renseigné. Vous pouvez directement saisir le numéro finess géographique dans le champ concerné.

Caractéristiques de l'établissement

Etablissement rattaché à un établissement de santé * : Oui Non

Lequel * :

Convention avec une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) ou une Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) ? * : Oui Non Ne sait pas

Nom de l'EOH/OMH :

L'EOH/EMH a-t-elle été informée de l'épidémie en cours ? : Oui Non

Date d'intervention :

Nombre total de résidents * :

Nombre total de membres du personnel * :

Précisez le nombre total de résidents, le nombre total de **membres du personnel présents dans l'établissement au moment du signalement.**

2/ Situation lors du signalement

Définition d'un cas d'IRA : toute personne chez qui a été constatée la survenue récente d'au moins un signe général évocateur d'infection et d'au moins un signe fonctionnel ou physique d'atteinte respiratoire basse (tableau 1) ou d'une infection respiratoire **biologiquement confirmée**.


Tableau 1. Symptômes de suspicion d'IRA*

Symptômes généraux (au moins un signe)	Symptômes respiratoires (au moins un signe)
Fièvre	Mal de gorge
Frissons	Rhinorrhée (« rhume »)
Sueurs	Toux
Arthralgies	Dyspnée (Essoufflement)
Myalgies	Douleur thoracique
Céphalées	Sifflement
Fatigue	Signes auscultatoires récents diffus ou en foyer


*Adapté du rapport du HCSP, juillet 2012

Définition d'un cas groupés : 3 cas parmi les résidents en 4 jours

A/ Nombre cumulé de malades chez les résidents et le personnel, d'hospitalisations et de décès depuis le début de l'épisode

 **Situation lors du signalement de l'épisode** ^

Date du début des signes du premier cas chez les résidents* : 

Date de début des signes du dernier cas observé chez les résidents (avant le signalement) : 

Nom de l'unité, secteur ou service :

Chez les résidents

Nombre de malades (cas) depuis le début de l'épisode* :

Dont nombre de malades hospitalisés (ou qui ont été hospitalisés) et non décédés depuis le début de l'épisode* :

Dont nombre de personnes décédées (à l'ES et dans l'EMS) depuis le début de l'épisode* :

Tableau clinique des résidents depuis le début de l'épisode

Plus de 50% des malades présentent de la toux : Oui Non

Plus de 50% des malades présentent de la fièvre : Oui Non

B/ Recherches étiologiques

Recherches étiologiques

Des tests de diagnostic ont-ils été réalisés ou sont en cours ? Oui Non

GRIPPE

Recherche de la grippe ? Oui Non

Nombre cumulé de tests réalisés depuis le début de l'épisode :

Nombre cumulé de tests positifs depuis le début de l'épisode :

Type/Sous-type/Variant : A non sous-typé
 A(H1N1)pm09
 AH3N2
 B
 Autres virus grippaux

COVID-19

Recherche de la Covid-19 ? Oui Non

Nombre cumulé de tests réalisés depuis le début de l'épisode :

Nombre cumulé de tests positifs depuis le début de l'épisode :

Type/Sous-type/Variant :

VRS

Recherche du VRS ? Oui Non

Nombre cumulé de tests réalisés depuis le début de l'épisode :

Nombre cumulé de tests positifs depuis le début de l'épisode :

Type/Sous-type/Variant :

AUTRES VIRUS RESPIRATOIRES

Recherche d'autres virus respiratoires ? Oui Non

Nombre cumulé de tests réalisés depuis le début de l'épisode :

Nombre cumulé de tests positifs depuis le début de l'épisode :

Type/Sous-type/Variant :

RECHERCHES BACTÉRIENNES

Recherches bactériennes ? Oui Non

Nombre cumulé de tests réalisés depuis le début de l'épisode :

Nombre cumulé de tests positifs depuis le début de l'épisode :

Type/Sous-type/Variant :

Etiologie(s) retenue(s) : Grippe
 COVID-19
 VRS
 Autres virus respiratoires
 Infections bactériennes
 Etiologie encore inconnue

Vous pouvez cocher plusieurs cases

Partie étiologie(s) retenue(s)

Cochez la ou les étiologies qui sont la **cause principale** de l'épisode de cas groupés observé dans l'établissement.

Si **plusieurs épisodes** de cas groupés liés à différentes étiologies, cocher les étiologies retenues responsables de ces cas groupés.

C/ Traitement antiviral - prophylaxie

D/ Mesure de contrôle et de gestion

Mesures de contrôle et de gestion

Mise en place de mesures de contrôle ? Oui Non

Précautions standard ? Oui Non

Date de mise en place :

Précautions de type "gouttelettes" ? Oui Non

Limitation des déplacements des malades ? Oui Non

Arrêt ou limitation des activités collectives ? Oui Non

Informations des visiteurs et intervenants extérieurs ? Oui Non

Autres mesures éventuelles ? Oui Non

Précisez :

Date de mise en place :

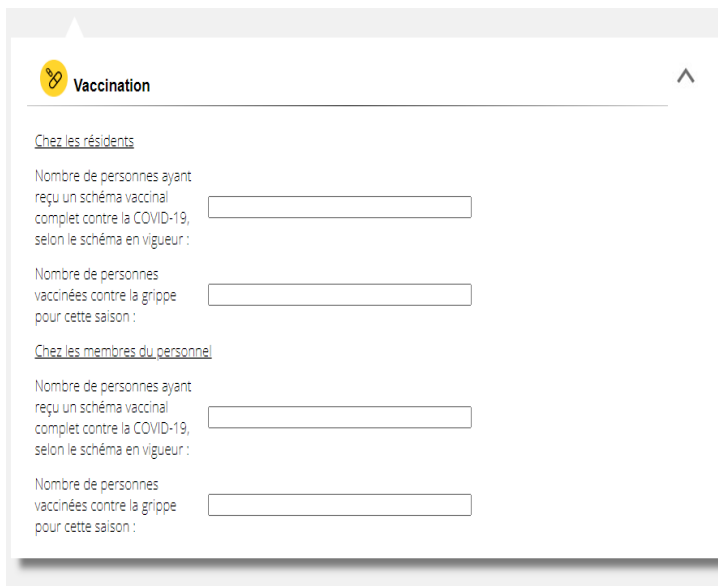
Estimez-vous avoir besoin d'un appui pour l'investigation ou la gestion de l'épisode ? Oui Non

Pour quelles raisons ?

Commentaires sur la gestion de l'épisode :

Vous pouvez vous aider de la [check liste proposée par le Repias.](#)

E/ Vaccination (COVID-19, Grippe)



The screenshot shows a web form titled "Vaccination" with a yellow icon of a syringe. It is divided into two sections: "Chez les résidents" and "Chez les membres du personnel". Each section contains two text input fields. The first field in each section is for the number of people who have received a complete COVID-19 vaccination scheme according to the current one. The second field is for the number of people vaccinated against the flu for the current season.

Vaccination

Chez les résidents

Nombre de personnes ayant reçu un schéma vaccinal complet contre la COVID-19, selon le schéma en vigueur :

Nombre de personnes vaccinées contre la grippe pour cette saison :

Chez les membres du personnel

Nombre de personnes ayant reçu un schéma vaccinal complet contre la COVID-19, selon le schéma en vigueur :

Nombre de personnes vaccinées contre la grippe pour cette saison :

Enfin, vous pouvez si vous le souhaitez joindre des documents tels que des courbes épidémiques
(VIGILANCE : les données ne doivent pas être identifiantes)

À la fin de ce signalement, vous recevrez un **numéro de référence (17 chiffres)** associé à votre déclaration, ainsi que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'Agence régionale de santé qui traitera votre signalement.

Conservez ce numéro, il est indispensable pour clore l'épisode !