

### Fiche de signalement de cas de maladies infectieuses dans une structure sociale d'hébergement

L'objectif principal de cette fiche est de communiquer rapidement à l'ARS les renseignements indispensables à l'enquête afin de mettre en place des mesures de gestion adaptées et aider à la communication au sein de la structure

Document à transmettre via la page de dépôt sécurisée : <https://bluefiles.orange-business.com/arsbfc/page-de-depot-ars-bfc-veille-et-securite-sanitaire-infectieux>



Le QR Code ci-contre permet également d'accéder à la page de dépôt :

#### Signalement

**Date de signalement :**

**Pathologie suspectée ou confirmée :**

**Personne responsable du signalement :**

Nom du signalant :

Fonction :

Tel :

E-mail :

#### Renseignements administratifs

**Nom de la structure :**

**Adresse :**

**Type de structure (préciser) :**

#### Description des personnes exposées au sein de la structure

Nombre et description des personnes accueillies (apprentis, résidents, personnes migrantes, ...) :

Nombre et description des personnels salariés :

#### Description des locaux

Nombre de chambres, parties communes... :

## Information sur le ou les malades

Nombre de cas	Personnes accueillies	Personnels
Certains ( <i>confirmés par médecin</i> )		
Probables ( <i>qui présentent des signes évocateurs</i> )		

### Informations relatives au 1er cas :

- Nom - Prénom :
- Date de naissance - âge :
- Coordonnées téléphoniques :
- Statut (*personne accueillie ou personnel*) :
- Date du début des signes :
- Coordonnées du médecin ayant posé le diagnostic (*nom et téléphone*) :
- Traitements reçus et date :

### Informations relatives au 2<sup>ème</sup> cas :

- Nom - Prénom :
- Date de naissance - âge :
- Coordonnées téléphoniques :
- Statut (*personne accueillie ou personnel*) :
- Date du début des signes :
- Coordonnées du médecin ayant posé le diagnostic (*nom et téléphone*) :
- Traitements reçus et date :

### Informations relatives au XX<sup>ème</sup> cas :

- Nom - Prénom :
- Date de naissance- âge :
- Coordonnées téléphoniques :
- Statut (*personne accueillie ou personnel*) :
- Date du début des signes :
- Coordonnées du médecin ayant posé le diagnostic (*nom et téléphone*) :
- Traitements reçus et date :

## Mesures déjà prises :