

**Fiche de signalement
d'un foyer de cas groupés d'infections respiratoires aigües (IRA)
en établissement médico-social (EMS)**

Cette fiche (feuillet 1 et 2) est à **retourner sans délai** à l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté **dès que l'épisode de cas groupés est identifié**, même si vous ne disposez pas de l'ensemble des informations demandées.

par mail : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr ou par fax : 03.81.65.58.65

Si vous avez déjà établi une **courbe épidémique**, merci de la **joindre**.

La **partie « bilan final à la clôture de l'épisode »** (feuillet 3)
sera complétée et **retournée selon les mêmes modalités dès la fin de l'épisode**.

Critères de signalement : survenue de ≥ 5 IRA en 4 jours chez des résidents (en dehors des pneumopathies de déglutition)

Signalement

Date du signalement (jj/mm/aaaa) : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Personne responsable du signalement : Nom : _____ Fonction : _____

Tél : _____ E-mail : _____@_____

Établissement

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Nom et n° de téléphone : directeur : _____

médecin coordonnateur (le cas échéant) : _____

personne référente en hygiène au sein de l'établissement : _____

Type d'établissement : EHPAD MAS FAM

IEM et autres établissements et services pour enfants ou adolescents polyhandicapés

Autre, précisez : _____

Nombre de secteurs/unités dans l'établissement : _____ **GMP (GIR moyen) :** |_|_|_|_|

Nombre de résidents : |_|_|_|_| **Nombre de résidents vaccinés contre la grippe :** |_|_|_|_|

Nombre de résidents à risque vaccinés contre le pneumocoque : |_|_|_|_|

Nombre de personnels salariés : |_|_|_|_|

Nombre de personnels salariés vaccinés contre la grippe : |_|_|_|_|

L'établissement est adossé à un établissement de santé OUI NON

Si oui, N° FINESS : _____

Nom intervenant EOH : _____

Bénéficiez-vous de l'expertise d'une IDE Hygiéniste de Territoire (IDEHT), via convention signée ?

OUI

NON

Nom de l'IDEHT : _____

Date d'intervention : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

Avez-vous contacté le CPias ? OUI NON

Si oui, précisez le nom de la ou des personne(s) contactée(s) : _____

Épisode de cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA)

Date du début des signes

du premier cas (résident) : / / **du dernier cas (résident) :** / /

Bilan des cas	Résidents	Membres du Personnel
Nombre de malades au total		
Nombre de malades hospitalisés		
Nombre de malades décédés		
Nombre de malades vaccinés contre la grippe		

Présence de critères de gravité : OUI (plusieurs choix possibles) NON

- 3 décès en moins de 8 jours
- 5 nouveaux cas ou plus dans la même journée
- absence de diminution de l'incidence dans la semaine suivant la mise en place des mesures de contrôle

Tableau clinique	OUI	NON
+ de 50% des malades présentent-ils de la toux ?		
+ de 50% des malades présentent-ils de la fièvre (>38°C) ?		

Merci de joindre la courbe épidémique obtenue à partir des feuilles de surveillance

Mesures de contrôle OUI NON

Mesures de contrôle prises dans l'établissement	OUI	Date de mise en place
Maintien du résident en chambre individuelle ou regroupement de résidents	<input type="checkbox"/>	
Renforcement des précautions standard dont l'hygiène des mains	<input type="checkbox"/>	
Mise en place des précautions « gouttelettes » : port du masque pour le personnel	<input type="checkbox"/>	
Limitation des déplacements des résidents malades, port de masque s'ils déambulent	<input type="checkbox"/>	
Suspension des animations et regroupements	<input type="checkbox"/>	
Chimio prophylaxie (ex : antiviraux) Précisez la molécule :	<input type="checkbox"/>	
Informations des visiteurs et intervenants extérieurs	<input type="checkbox"/>	
Autres mesures, (suspension des admissions,...) précisez :	<input type="checkbox"/>	

Commentaires :

Recherche étiologique de grippe : OUI NON EN COURS

Précisez le test Test rapide à orientation diagnostique (TROD) PCR Autre :

Date du 1^{er} test : / /

Nombre de tests + / tests - :

Résultats : Négatif Grippe sans autre précision Grippe B
 Grippe A (précisez le sous-type) :

Autre étiologie recherchée : Pneumocoque Coqueluche Légionellose
 Autre, précisez :

Estimez-vous avoir besoin d'un soutien extérieur pour la gestion de l'épisode ? OUI NON
Aide attendue :

Bilan final à la clôture de l'épisode de cas groupés d'IRA fait le :

Ce feuillet est à compléter dans les 10 jours suivant le dernier cas et à retourner
à l'ARS de Bourgogne Franche-Comté
par mail : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr ou par fax : 03.81.65.58.65

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Code postal : Commune : _____

Date du premier cas : Date du dernier cas :

Bilan définitif des cas	Résidents	Membres du Personnel
Nombre de malades au total	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de malades hospitalisés	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de malades décédés	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de malades vaccinés contre la grippe	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Durée moyenne de la maladie chez les cas : _____ jours

Résultats des recherches étiologiques (précisez lesquelles : TROD, antigénurie pneumocoque et légionelle...) : _____

Problèmes rencontrés par la structure : Matériel Personnel
 Financier Organisationnel
 Autre Précisez : _____

Avez-vous reçu un appui pour l'investigation ou la gestion de cet épisode : OUI NON

Si oui, précisez : CPias BFC
 ARS BFC
 CIRE
 Réseau IDEHT-EMHT
 Autre, précisez : _____

Commentaires : _____

Merci de joindre également la courbe épidémique finale obtenue à partir des feuilles de surveillance