|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formulaire de signalement vigie / éclosion COVID-19 et autres infections respiratoires  Milieux de vie | | | | | | | | |
| 1. Information sur le dÉclarant | | | | | | | | |
| Nom, prénom : | | | | Date de signalement Cliquez ici pour entrer une date. | | | | |
| Précisions : | | | | | | | | |
| **2. MILIEU :** | | | | | | | | |
| Nom et adresse de l’établissement :  Nom de la personne responsable de la ressource :  Téléphone et adresse courriel de la personne responsable : | | | | | | | | |
| Nom de l’intervenant-ressource du CISSS :  Téléphone et adresse courriel : | | | | | | | | |
| Type d’établissement : **RI** □ **RTF**   **RPA**  **AUTRE**  (préciser) : | | | | | | | | |
| Nombre total d’unités ou d’étages dans la ressource :  Type de clientèle :  Nombre total de résidents : | | | Nombre total de travailleurs :  Unité ou étage touché :  Nombre total d’usagers sur l’unité ou sur l’étage touché : | | | | | |
| **3. INFORMATIONS SUR LES CAS POSITIFS LORS DU SIGNALEMENT** | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **#** | **Résident (R) ou Travailleur (T)** | **Date du test positif** | **Début symptôme** | **Date isolement ou dernière présence** | **Nombre de vaccins reçus** | | **1** |  |  |  |  |  | | **2** |  |  |  |  |  | | **3** |  |  |  |  |  | | **4** |  |  |  |  |  | | Commentaires : | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. MESURES DE PRÉVENTIONS DES INFECTIONS MISES EN PLACE** | | | | | | | | |
| **RÉSIDENTS**  Aviser l’infirmière désignée des SAD  Aviser l’intervenant usager  Aviser l’intervenant-ressource du CISSS  Isolement des cas positifs à la chambre.  Si l’isolement à la chambre est impossible :  Sorties supervisées :  Lavage des mains fréquent :  Favoriser la distanciation de 2 mètres :  Isolement des résidents symptomatiques  Surveillance quotidienne des symptômes (incluant la température) des cas positifs  Dépistage des résidents symptomatiques  Test rapide ou par PCR selon organisation de la ressource :  ☐ Si la condition ne permet pas le test, considérer comme un **cas** **positif**  Suivi des résultats PCR par le SAD  Isolement des contacts étroits si possible  Si l'isolement à la chambre est impossible :  ☐ Sorties supervisées :  ☐ Lavage des mains fréquent  Favoriser la distanciation de 2 mètres  ☐ Surveillance quotidienne des symptômes (incluant température) des contacts étroits  Vigie des symptômes chez les résidents des autres étages ou unités.  ☐ Renforcement de l’hygiène des mains  ☐ Lors des soins de proximités, faire porter le masque de procédure au résident si possible  ☐ Vérifier si traitement pour la covid-19 requis (pharmacien, soins à domicile) | | **TRAVAILLEURS**  Aviser les travailleurs de surveiller leurs symptômes  Retrait des travailleurs symptomatiques et appeler au 1 877-644-4545 pour prendre un r-v pour un test PCR  Retrait des travailleurs positifs  Lors des soins aux cas positifs ou aux résidents symptomatiques :  Port adéquat de l’équipement de protection individuel (ÉPI) : blouse, gants, masque N-95 et protection oculaire  Faire porter le masque de procédure au résident si possible  S’assurer de bien suivre les étapes lors du retrait de l’ÉPI, se superviser entre collègues  ☐ Renforcer le lavage adéquat des mains aux 4 moments :  ☐ Avant de toucher à un usager ou à son environnement.  ☐ Avant une intervention aseptique.  ☐ Après un risque de contact avec du liquide biologique.  ☐ Après un contact avec l'usager ou son environnement. | | | | **ENVIRONNEMENT / PCI**  Renforcement des mesures hygiène/salubrité :  Désinfection aux 4 heures, si éclosion (≥ 2 cas) des surfaces fréquemment touchées  Désinfection des salles communes  Désinfection du matériel commun  Retrait des travailleurs immunosupprimés  Audits quotidiens  Affiches indicatives (isolements, éclosion)  S’assurer de la disponibilité des équipements requis  Limiter/éviter la mobilité du personnel : débuter par les cas négatifs, ensuite les usagers avec symptômes et les positifs  Fermeture de la salle à manger  Arrêt des activités de groupe  Restriction des visiteurs (selon directive ministérielle en vigueur)  Éviter le partage de salle de bain :  Si impossible, faire aération après utilisation  Débuter par les résidents négatifs  Terminer par les résidents positifs | | |
| Autre : | | | | | | | | |
| **5. COMMENTAIRES – PRÉCISIONS :** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 6. BILAN FINAL (section rÉSERVÉe À la santÉ publique) | | | | | | | | |
| Nombre total d’usagers infectés : | | | | | | | Taux d’attaque : | |
| Nombre de décès : | | | | | | | | |
| Nombre total de travailleurs infectés : | | | | | | | Taux d’attaque : | |
| Nombre de décès : | Date dernier cas usager :  Cliquez ici pour entrer une date. | | | Date dernier cas travailleur :  Cliquez ici pour entrer une date. | | | | Date fin éclosion  Cliquez ici pour entrer une date. |
| Acheminer le formulaire de signalement par courriel [09.santepublique@ssss.gouv.qc.ca](mailto:09.santepublique@ssss.gouv.qc.ca) ou par télécopieur 418 589-1603  Pour toutes questions, contacter la ligne partenaire de santé publique : 1-833-390-0625 | | | | | | | | |
| Signature : | | | | | Date : Cliquez ici pour entrer une date. | | | |