

Installation : _____

Dossier :	_____
Nom, Prénom :	_____
Date de naissance :	_____ <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M aaaa-mm-jj
NAM :	_____ Exp. _____ aaaa-mm
Nom de la mère :	_____

ÉTAT DE PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES DE L'USAGER LORS DE SON TRANSFERT

Prévention et contrôle des infections
Signalement d'un usager nécessitant des précautions additionnelles ou provenant d'un milieu en éclosions

L'USAGER					
<input type="checkbox"/>	Est porteur d'un micro-organisme multirésistant :	<input type="checkbox"/> C. Auris	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> EPC (BGNMR)	<input type="checkbox"/> SARM
	Date du dernier dépistage positif : _____	Site : _____			
<input type="checkbox"/>	A eu un contact étroit avec un usager porteur d'un micro-organisme multirésistant ou autre agent infectieux	<input type="checkbox"/> C. Auris	<input type="checkbox"/> ERV	<input type="checkbox"/> EPC (BGNMR)	<input type="checkbox"/> SARM
	Date du dernier contact : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____			
<input type="checkbox"/>	Nécessite des précautions additionnelles pour le <i>Clostridioides difficile</i> (<i>C. difficile</i>)				
	Date du dernier dépistage positif : _____				
<input type="checkbox"/>	Nécessite des précautions additionnelles contre la gastro-entérite				
	Date du début des symptômes : _____				
<input type="checkbox"/>	Nécessite des précautions additionnelles contre :	<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> VRS	<input type="checkbox"/> SAG
	Date du début des symptômes : _____	Date du dépistage positif : _____			
	<input type="checkbox"/> Intervention médicale générant des aérosols (IMGA) (préciser) : _____				
<input type="checkbox"/>	Provient d'un milieu/unité en éclosion de : _____				
	<input type="checkbox"/> Contact étroit <input type="checkbox"/> Contact élargi				
	Date du départ du milieu/unité en éclosion : _____				
<input type="checkbox"/>	Autre agent infectieux : _____				

Notes complémentaires : _____

Veillez mettre en place les précautions additionnelles prévues dans votre établissement

Signature et titre : _____ Date : _____