

À l'usage de la DSPu → N° d'éclosion _____
N° d'identification _____

- Signalement initial** (remplir les sections A-C-D, E au besoin)
 Mise à jour (remplir les sections B-C-D, E au besoin)
 Bilan final (remplir les sections B-C-D)

PRÉCISIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

- La **mise à jour** de la situation d'éclosion doit être communiquée à la DSPu 14 jours suivant le signalement. En cas d'éclosion majeure, aviser la DSPu dans les plus brefs délais.
- Retourner le **bilan final** au terme de l'éclosion, soit **10 jours** après le début des symptômes du dernier cas.

A. SIGNALEMENT INITIAL

Date du signalement _____ (AAAA-MM-JJ)
 Nom de l'installation _____
 Adresse _____
 _____ Code postal _____
 Type d'installation Hôpital CHSLD privé conventionné
 CHSLD public CHSLD privé non-conventionné
 Territoire de RLS _____ CISSS _____
 Complété par _____ Titre _____
 Téléphone _____ Poste _____ Télécopieur _____

B. MISE À JOUR ET BILAN FINAL

Date de suivi _____ (AAAA-MM-JJ) Nom de l'installation _____
 Complété par _____ Titre _____
 Téléphone _____ Poste _____

C. ÉCLOSION

Définition d'éclosion : survenue de deux nouveaux cas nosocomiaux ou plus confirmés.

Date de début des symptômes du **1^{er} cas** _____ (AAAA-MM-JJ)
 Date de début des symptômes du **2^e cas** _____ (AAAA-MM-JJ)
 Date de début des symptômes du **dernier cas** _____ (AAAA-MM-JJ)
 Date de fin de l'éclosion _____ (AAAA-MM-JJ)
 (10 jours après le début des symptômes du dernier cas)
 Type d'influenza confirmé : Type A⁴⁸ Type B⁴⁹ Non typé ⁶⁶⁶⁶ Inconnu ⁹⁹⁹⁹ TAAN demandé
 Sous-type d'influenza : H1N1¹⁰⁰ H3³ Inconnu ¹⁰⁰¹ Autre

Acheminer à la Direction de santé publique de la Montérégie par courriel –
equipe.noso.agence16@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 450 928-3023

D. ÉVOLUTION DE LA SITUATION

Nb total d'unités dans l'installation : _____

La date de début d'écllosion est la date de début des symptômes du **2^e cas**.

USAGERS	Nom des unités en écloision	Date de début d'écloision (AAAA-MM-JJ)	Date de mise en place des mesures de gestion d'écloision (AAAA-MM-JJ)	Nb total d'usagers sur l'unité touchée	Nb total d'usagers vaccinés sur l'unité touchée	Nb total de cas de SAG (excluant TAAN et test rapide) ¹	Nb total de cas confirmés ¹		Nb total de cas (SAG + confirmés)	Date de fin d'écloision (AAAA-MM-JJ) ²
							TAAN	Test rapide		
	TOTAL									

COMPLICATIONS

Nb total de cas (confirmés ou SAG) hospitalisés pour cause de grippe (CHSLD seulement) _____ Nb total de cas (confirmés ou SAG) décédés peu importe la cause _____
 Antiviraux en prophylaxie Non Oui _____ (AAAA-MM-JJ) Unité (s) _____
 Y a-t-il eu de nouveaux cas 72 heures après le début de la prophylaxie? Non Oui, communiquer avec la DSPu
¹ Attention, ne compter les usagers qu'une seule fois (SAG ou cas confirmé par TAAN ou confirmé par test rapide)
² 10 jours après le début des symptômes du **dernier** cas

TRAVAILLEURS	Nb de travailleurs de la santé vaccinés dans l'installation avant l'écloision _____	
	Nb de cas de SAG (excluant TAAN et test rapide)	_____
	Nb de cas confirmés par TAAN	_____ Antiviraux en prophylaxie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____
	Nb de cas confirmés par test rapide	_____ (AAAA-MM-JJ)
	Nb total de cas (SAG + cas confirmés)	_____
Y a-t-il eu de nouveaux cas 72 heures après le début de la prophylaxie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, communiquer avec la DSPu		

E. ÉCLOSION MAJEURE OU PERSISTANTE - Aviser la DSPu (si 2^e unité touchée, remplir un 2^e formulaire)

Veuillez cocher la case qui correspond à la situation :

- Gravité de l'atteinte liée à la souche en circulation (morbidity, létalité)
- Taux d'attaque ou d'incidence élevés de cas nosocomiaux parmi les usagers de l'unité qui se traduit par :
 - un taux cumulatif $\geq 20\%$ le jour de la mise en place des mesures de gestion d'écloision (J1);
 - un taux quotidien $\geq 5\%$ à partir du jour 4 de l'écloision, c.-à-d. 3 jours après la mise en place des mesures de gestion d'écloision, ce qui traduit la survenue de plusieurs nouveaux cas malgré l'application rigoureuse de toutes les mesures de prévention et contrôle recommandées.
- Persistance d'apparition de nouveaux cas nosocomiaux malgré l'application rigoureuse de mesures de prévention et contrôle, mais où l'incidence ou le taux d'attaque est faible.

Nom de l'unité	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
Date (AAAA-MM-JJ)							
Nombre de cas							
Dénominateur ³							
Taux d'attaque / taux d'incidence (%)							

³ Hôpital : le dénominateur correspond au nombre d'usagers présents sur l'unité
 CHSLD : le dénominateur correspond au nombre d'usagers présents sur l'unité auquel on soustrait les usagers atteints de grippe

F. À L'USAGE DE LA DSPu

Formulaire validé par _____ Date _____ (AAAA-MM-JJ)
 Saisie faite par _____ Date _____ (AAAA-MM-JJ)