

## SIGNALEMENT D'UNE ÉCLOSION D'ACINETOBACTER BAUMANNII RÉSISTANT À ≥ 5 CLASSES D'ANTIBIOTIQUES

<b>A. Identification</b>	
Nom de l'installation : _____	CISSS : _____
Type d'installation : <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Date de signalement : _____ (AA/MM/JJ)	
Complété par : _____	Titre : _____
Téléphone : _____	Poste : _____
<b>B. Signalement d'une écloison (compléter également la section C)</b>	
<b>DÉFNITION D'UNE ÉCLOISON : Survenue de 2 nouveaux cas nosocomiaux, colonisés ou infectés, reliés épidémiologiquement.</b>	
Date du début de l'écloison (correspond à la date du dépistage du 1 <sup>er</sup> cas) _____	(AA/MM/JJ)
Unité touchée : _____	Nombre de cas : _____ Colonisés _____ Infectés _____
Date de la mise en place des mesures de contrôle : _____	(AA/MM/JJ)
<b>C. Interventions spécifiques liées à l'écloison</b>	
** Cocher seulement les activités réalisées ou planifiées et indiquer leur date de mise en place	
<b>Dépistage des contacts aux jours 0, 7 et 14</b> _____ (AA/MM/JJ)	
<input type="checkbox"/> Contacts étroits (usager ayant séjourné plus de 24 h. dans la même chambre qu'un cas confirmé non isolé)	_____
<input type="checkbox"/> Contacts élargis (usagers qui ont séjourné plus de 24 h. sur la même unité, incluant les usagers ayant partagé une salle de bain, avec un cas confirmé non isolé)	_____
<input type="checkbox"/> Contacts ayant eu des soins avec les mêmes travailleurs de la santé, si une transmission via ce personnel est suspectée	_____
<b>Autres activités de dépistage</b>	
<input type="checkbox"/> Dépistage hebdomadaire de l'unité où séjourne un usager porteur jusqu'à un minimum de 4 semaines après son départ	_____
<input type="checkbox"/> Dépistage hebdomadaire de l'unité en écloison jusqu'à un minimum de 4 semaines suivant le départ du dernier cas confirmé	_____
<input type="checkbox"/> Dépistage à l'admission et au départ d'une unité en écloison	_____
<b>Précautions additionnelles contre la transmission par contact (minimalement au lit)</b>	
<input type="checkbox"/> Contacts étroits en attendant les résultats de dépistage	_____
<input type="checkbox"/> Contacts élargis qui ont été transférés sur une autre unité en attendant les résultats de dépistage	_____
<input type="checkbox"/> Regroupement géographique des usagers porteurs avec travailleurs de la santé réservés. Indiquer l'unité : _____	_____
<b>Mesures chez l'usager porteur et les contacts ayant reçu leur congé</b>	
<input type="checkbox"/> Alerte au dossier de l'usager porteur et des contacts étroits et élargis ayant quitté	_____
<input type="checkbox"/> Avis à l'établissement receveur lorsqu'un usager porteur ou un contact est transféré	_____
<b>D. À l'usage de la DSPu</b>	
Date de réception _____ (AA/MM/JJ)	Par : _____
Envoi du courriel au DVS _____ (AA/MM/JJ)	Par : _____

Acheminer à la DSPu ce formulaire dûment complété par courriel : [equipe.noso.agence16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:equipe.noso.agence16@ssss.gouv.qc.ca)