Déclaration d’éclosion de **gastroentérite d’allure** **virale** (GEV) en établissements de soins

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’établissement : |       | Date d’envoi\* : |       |
| Nom de l’installation\* : |       | [ ] CHSLD | [ ] CHSGS | [ ] Autre : préciser | (aaaa-mm-jj) |
|       |
| Nom du déclarant/ Titre : |       | Téléphone : |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TYPE DE RAPPORT\* :** | **[ ]  Initial** | **[ ]  Mise à jour\*** | **[ ]  Final (bilan)\*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STATUT DE L’ÉCLOSION :** | [ ]  En cours |  | [ ]  Terminée |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de début des symptômes du **premier** cas\* : |       | Date de fin des symptômes du **dernier** cas\* : |       |
|  | aaaa / mm / jj |  | aaaa / mm / jj |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indiquer, si disponible | Bénéficiaires | Personnel\* |
| Nom(s) virus identifié(s)  |       |       |
| Nom(s) bactérie(s) identifiée(s) |       |       |

|  |
| --- |
| **TABLEAU CLINIQUE (cocher tous ceux qui s’appliquent)** |
| [ ]  Début soudain des symptômes | [ ]  Crampes abdominales | [ ]  Céphalées | Durée de la maladie (si disponible) : |
| [ ]  Nausée | [ ]  Diarrhée | [ ]  Fièvre | [ ]  12 à 60 heures |
| [ ]  Vomissements | [ ]  Autre(s) (spécifier) : |       | [ ]  > 60 heures |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÉTAT DE L’ÉCLOSION** | Bénéficiaires | Personnel\* |
| Nbre  total (T)\* |       |       |
| Nbre total de cas (M) **(incluant cas confirmés)\*** |       |       |
| Nbre total de spécimens prélevés pour analyse **virologique** | Total :      | Confirmés :      | Total :      | Confirmés :      |
| Nbre total de spécimens prélevés pour analyse **bactérienne** | Total :      | Confirmés:       | Total :      | Confirmés :      |
| Nbre de cas transférés / hospitalisés\* | Urgence :      | CH :      | Urgence :      | CH :      |
| Nbre de décès\* (parmi les cas) |       |       |

|  |
| --- |
| **DISTRIBUTION DES CAS CUMULATIFS ET DES MESURES DE CONTRÔLE PAR UNITÉ DE SOINS OU PAVILLON TOUCHÉ** |
| Nom(s) de l’unité(s) ou pavillon(s) | Distribution des cas | Date de mise en place des mesures de contrôle | Date de fin des mesures de contrôle | Éclosion majeure requérant la suspension des admissions [selon les critères du CINQ](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2311_prevention_controle_gastroenterites_etablissements_soins.pdf)(Aviser DRSP) |
| BénéficiairesNbre cas / total unité | PersonnelNbre cas / total unité | **Non** | **Oui** | Date de début | Date de fin |
|       |       /       |       /       |       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |
|       |       /       |       /       |       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |
|       |       /       |       /       |       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |
|       |       /       |       /       |       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |
|       |       /       |       /       |       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |
|       |       /       |       /       |       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |

**\*Une définition s’applique à ce terme au lexique (verso)**

**DÈS LE DÉBUT de l’éclosion**, retourner ce formulaire complété à la Direction régionale de santé publique de Montréal par **courriel au sante.publique.montreal.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca** ou par **télécopieur au 514-528-2461**.

Formulaire GEV – Révisé le 03-03-2025

|  |
| --- |
| **RAPPEL**: **Si un lien au service alimentaire est suspecté, ou si des manipulateurs d’aliments pourraient être impliqués**, l’évènement doit être déclaré comme une **Toxi-infection alimentaire et hydrique** plutôt qu’une éclosion GEV, en transmettant le formulaire de déclaration générale MADO par courriel à sante.publique.montreal.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 514-528-2461**.** |

**LEXIQUE**

Formulaire GEV – Révisé le 03-03-2025

|  |  |
| --- | --- |
| * Installation
 | Il s’agit des installations (publiques ou privées) ayant une mission (avec lits) de CHSGS, de CHSLD, de CHPSY et CR. La liste des installations est disponible à l’adresse suivante : <https://m02.pub.msss.rtss.qc.ca/M02ListeInstall.asp?cdRss=06&CodeTri=Mct&Install=Mct> |
| * Mise à jour
 | Envoi d’une mise à jour pour les situations suivantes : * Lors d’une éclosion majeure, telle que définie par le CINQ
* Lors de la persistance de l’éclosion malgré la mise en place de mesures de contrôle
* À la demande de la direction régionale de santé publique de Montréal
 |
| * Final (bilan)
 | Envoi du bilan final, 96 heures après la fin des symptômes chez le dernier cas. |
| * Définition d’une éclosion de gastroentérite d’allure virale (GEV)

Source : [*Mesures de prévention et de contrôle des gastroentérites d’allure virale dans les établissements de soin*](https://www.inspq.qc.ca/publications/2311)*s* (p.6, INSPQ 2017) | Au moins deux cas, ou plus, de gastroentérite d’allure virale ayant un lien épidémiologique. |
| * Définition d’une éclosion majeure de gastro-entérite d’allure virale nosocomiale

Source : [*Mesures de prévention et de contrôle des gastroentérites d’allure virale dans les établissements de soin*](https://www.inspq.qc.ca/publications/2311)*s* (p. 6, INSPQ 2017) | Une éclosion de GEV est considérée majeure en présence de l’une de ces conditions :• Gravité de l’atteinte liée à la souche en circulation (morbidité, létalité);• Taux d’attaque ou d’incidence élevé de cas nosocomiauxparmi les usagersde l’unité qui se traduit par :- un taux cumulatif ≥ 25% au cours des jours 1 et 2 du signalement de l’éclosion. Le jour du signalement constitue le jour 1 de l’éclosion.- un taux quotidien ≥ 10 % à partir du jour 3 de l’éclosion, qui traduit la survenue de plusieurs nouveaux cas malgré l’application rigoureuse de toutes les mesures de  prévention et contrôle recommandées, depuis plus de 48 heures. |
| * Définition de cas suspect/confirmé GEV

Source : [*Mesures de prévention et de contrôle des gastroentérites d’allure virale dans les établissements de soin*](https://www.inspq.qc.ca/publications/2311)*s* (p. 5, INSPQ 2017 | Voir algorithme de la page 5 du document [*Mesures de prévention et de contrôle des gastroentérites d’allure virale dans les établissements de soin*](https://www.inspq.qc.ca/publications/2311)*s* |
| * Date du début des symptômes du premier cas
 | Il s’agit du premier cas présentant un tableau clinique compatible avec un cas de gastroentérite d’allure virale en lien avec cette éclosion.  |
| * Date de fin des symptômes du dernier cas
 | Il s’agit du dernier cas présentant un tableau clinique compatible avec un cas de gastroentérite d’allure virale en lien avec cette éclosion.  |
| * Nombre total (T)

(usagers et personnel)* Nombre total de cas (M)
 | (T) Nombre total de personnes (selon la catégorie répondue) en début d’éclosion dans l’installation (CHSLD ou CHR) ou sur l’unité de soins (CHSGS). Cette variable vise à connaître le nombre de personnes exposées en début d’éclosion. (M) Selon la catégorie répondue, nombre total de cas dans l’installation (CHSLD ou CHR) ou sur l’unité de soins (CHSGS) qui sont confirmés ou des cas présentant un tableau clinique compatible avec un cas de gastroentérite d’allure virale en lien avec cette éclosion. |
| * Nombre total de cas transférés, hospitalisés ou décédés
 | Nombre total de cas (selon la catégorie répondue) incluant les cas confirmés et les cas ayant un tableau clinique compatible avec un cas de gastroentérite d’allure virale en lien avec cette éclosion. |
| * Personnel
 | Inclut les membres du personnel de la santé, bénévoles et médecins. Pour avoir une définition du personnel de santé – se référer au PIQ (p. 66). |
| * Date d’envoi
 | Date à laquelle le formulaire a été complété. |
| **Pour toute information, veuillez communiquer :** | **Du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30** : infirmier(ère) de garde à l’équipe des infections nosocomiales au **514 528-2400.** | **À l’extérieur des heures ouvrables, les fins de semaine et les jours fériés** : médecin de garde en maladies infectieuses au **514 528-2400** et suivre les indications sur le répondeur. |

**Merci de votre habituelle collaboration**