Signalement d’éclosion **SAG/influenza/COVID-19** 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 du **début** des symptômes du **dernier** cas\* : | | | | | | | |  | |
|  | | | aaaa / mm / jj | |  | | | | | | | aaaa / mm / jj | | |
| Type d’influenza du premier cas (s’il y a lieu, sinon type pour autre cas)\* : | | | | | | Type A | | Type B | | Non typé  N/A | | | | Inconnu |
| Si influenza A, préciser le sous-type : | H3N2 | | | H1N1 | | | inconnu | | autre (préciser) : | | | |  | |
| COVID-19  oui  non | Si autre(s) virus respiratoire(s), préciser : | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉTAT DE L’ÉCLOSION** | Bénéficiaires | | Personnel\* | |
| Nbre total (T) dans l’installation ou sur l’unité\* |  | |  | |
| Nbre total vaccinés\* |  | |  | |
| Nbre total de **cas confirmés** d’influenza |  | |  | |
| Nbre total de cas de SAG **(sans les cas confirmés)**\* |  | |  | |
| Nbre total de **cas confirmés** de COVID-19 |  | |  | |
| Nbre total de **cas confirmés** d’autres virus respiratoires |  | |  | |
| Nbre de cas transférés / hospitalisés\* | Urgence : | CH : | Urgence : | CH : |
| Nbre de décès (parmi les cas)\* |  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROPHYLAXIE** | Bénéficiaires | | Personnel | |
| Administration d’antiviraux en prophylaxie | **Oui (préciser)** | **Non** | **Oui (préciser)** | **Non** |
|  | Oseltamivir, date de début : |  | Oseltamivir, date de début : |  |
|  | Zanamivir, date de début : |  | Zanamivir, date de début : |  |
| Nouveaux cas 72 h après la prophylaxie\* | Oui | Non | Oui | Non |
| Test de sensibilité aux antiviraux\* | Oui | Non | Oui | Non |
| Si résistance, spécifier à quel antiviral | Oseltamivir | Zanamivir |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DISTRIBUTION DES CAS CUMULATIFS ET DES MESURES DE CONTRÔLE PAR UNITÉ DE SOINS OU PAVILLON TOUCHÉ** | | | | | | | | |
| 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/pdf/publications/1727_PrecGestionEcloMajGrippeSaisonNosoMilieuxSoins.pdf)  (Aviser DRSP) | | | |
| Bénéficiaires  Nbre cas / total unité | Personnel  Nbre 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 madonoso.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca** ou par **télécopieur au 514 528-2461**.

**LEXIQUE**

Formulaire 2018-SE-SAG

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Installation | Il s’agit des installations (publics ou privées) ayant une mission (avec lits) de CHSLD, CHSGS ou CHR. La liste des installations est disponible à l’adresse suivante : [wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02ListeInstall.asp?cdRss=01&CodeTri=Mct&Install=Mct](http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02ListeInstall.asp?CodeTri=Mct&Install=Mct&cdRss=01) | |
| * 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 l’utilisation des antiviraux * 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) | SAG/Influenza : Envoi du bilan final, 10 jours après le début des symptômes chez le dernier cas.  COVID-19 : Envoi du bilan final, 28 jours après le début des symptômes chez le dernier cas. | |
| * Définition d’une éclosion d’influenza (grippe)   *Sources*:  [Guide d’intervention *: Grippe saisonnière en milieu d’hébergement et de soins de longue durée*](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/Hiver_en_sante_Professionnels/Documents_Influenza/Guide_InfluenzaCHSLD_TCNMI_VFinale_correction_21janvier2014.pdf)*, (INSPQ 2013, p.16)* | On considère qu'il y a éclosion lorsqu’on constate la survenue, chez les usagers, de deux cas ou plus de SAG liés épidémiologiquement, à l’intérieur de dix jours, avec confirmation de la présence du virus influenza d’un même type chez au moins deux cas. Par liés épidémiologiquement, on entend la survenue d’au moins un autre cas en 10 jours dans le même milieu. | |
| Définition d’une éclosion majeure de grippe nosocomiale  Sources : [*Précisions sur la gestion d’une éclosion majeure de grippe saisonnière nosocomiale en milieux de soins*](https://www.inspq.qc.ca/publications/1727)  (INSPQ 2013) | Une éclosion de grippe nosocomiale 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 incidence élevés de cas nosocomiauxparmi les usagers de l’unité :  - ≥ 20 % le jour du signalement de l’éclosion;  - ≥ 5 % quotidiennement à partir du jour 4 de l’éclosion, ce qui traduit la survenue de plusieurs nouveaux cas malgré l’application rigoureuse de toutes les mesures de prévention et contrôle recommandées, depuis plus de 72 heures. | |
| * Date du début des symptômes du premier cas | Il s’agit du premier cas confirmé ou du premier cas présentant un syndrome d’allure grippale (SAG) en lien avec cette éclosion. | |
| * Type d’influenza du premier cas   (s’il y a lieu, sinon type pour autre cas) | Indiquer le type d’influenza selon le résultat de laboratoire pour le premier cas confirmé. Si l’éclosion implique deux types d’influenza différents (ex. : A et B), cocher les cases A et B. | |
| * Date du début des symptômes du dernier cas | Il s’agit du dernier cas confirmé ou du dernier cas présentant un syndrome d’allure grippale (SAG) en lien avec cette éclosion. | |
| * Nombre total (T)   (usagers et personnel) | Nombre total de personnes (selon la catégorie répondue) en début d’éclosion dans l’installation (CHSLD ou CHR) ou l’unité de soins (CHSGS). Cette variable vise à connaître le nombre de personnes exposées en début d’éclosion. | |
| * Nombre total vaccinés | Inscrire le nombre de personnes vaccinées contre l’influenza avant la survenue de l’éclosion dans l’installation (CHSLD ou CHR) ou l’unité de soins (CHSGS). Le nombre de personnes vaccinés doit être inclus dans le nombre total d’usagers et/ou de personnel, selon la case complétée. | |
| * Nombre total de cas de SAG   (excluant les cas confirmés) | Le SAG est défini comme l’apparition soudaine de fièvre et toux et d'au moins l'un des symptômes suivants : mal de gorge, arthralgie, myalgie ou prostration. Des symptômes gastro-intestinaux peuvent aussi être présents. Chez les individus âgés de 65 ans et plus, la fièvre peut être plus ou moins importante.  Spécifier le nombre total de personnes (usagers ou personnel) dans l’installation (CHSLD ou CHR) ou l’unité de soins (CHSGS) ayant présenté un tableau clinique de SAG (excluant les cas confirmés). | |
| * ▪ Nombre total de cas hospitalisés, transférés * ou décédés. | Nombre total de cas incluant les cas confirmés et les cas de SAG ayant été hospitalisés, transférés ou décédés. | |
| * 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). | |
| * + - > 72 heures post prophylaxie : y a-t-il eu des nouveaux cas? | Présence de nouveaux cas survenant après 72 heures de prise d’antiviraux en prophylaxie (test de sensibilité pour agent antiviral à réaliser afin de déceler toute résistance à l’agent antiviral utilisé). | |
| * Résistance aux antiviraux | Résultat de laboratoire positif à la suite du test de sensibilité pour antiviraux. Aviser la direction régionale de santé publique (DRSP) de tous résultats de laboratoire indiquant une résistance aux antiviraux. | |
| * Date d’envoi | Date à laquelle le formulaire est acheminé à la DRSP par courriel ou par télécopieur | |
| **Pour toute information, veuillez communiquer :** | **Du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30** : infirmier(ère) de 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. |